Г. Е. СУХАРЕВА

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ ПО ПСИХИАТРИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

МЕДГИЗ · 1959



ПРЕДИСЛОВИЕ

Второй том «Клинических лекций по психиатрии детского возраста» посвящен вопросам клиники, терапии и профилактики пограничных форм психических заболеваний у детей и подростков.

Большинство авторов, изучавших пограничные формы психических заболеваний, подчеркивало, что эта область психиатрии является наименее разработанной и наиболее сложной для понимания. Действительно, очень трудно обобщить клинические наблюдения в области «малой» психиатрии, где нет четких определений, общепринятой номенклатуры, где классификация болезненных состояний еще несовершенна и где основным принципом деления являются только клинические симптомокомплексы. Тем не менее обобщение клинических наблюдений в этой области является в настоящее время насущной задачей, имеющей большое значение для лечения и профилактики нервно-психических расстройств в детском возрасте. Необходимость разрешения этой задачи в детской клинике определяется и тем, что пограничные формы составляют около $^2/_3$ всех психических заболеваний.

Беря на себя этот труд, мы отнюдь не претендуем на разрешение трудных проблем пограничной психиатрии, однако полагаем, что обобщение наблюдений детской клиники, где болезненные проявления более элементарны и причинные соотношения менее сложны, может быть полезным для дальнейших исследований в этой области.

Большим преимуществом наблюдений детской клиники является также возможность изучать патологические изменения в их истоках, в их становлении и развитии. Наличие длительных катамнестических наблюдений (некоторые из них достигают 20-летней давности и более) позволило нам широко использовать динамический подход при изучении болезненных проявлений.

Во втором томе «Клинических лекций», так же как и в первом, в основу книги положены лекции, читанные мной в Центральном институте усовершенствования врачей на курсах по повышению квалификации в области психиатрии дет-

ского возраста. Настоящее руководство составлено на основе наблюдений автора в нескольких детских психоневрологических стационарах. В книге использованы клинические наблюдения сотрудников детской клиники Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР и Центрального института усовершенствования врачей, а также наблюдения врачей детского отделения больницы имени Кащенко и Центрального детского психоневрологического диспансера.

В разделе реактивных состояний был использован ряд наблюдений, принадлежащих Е. Е. Сканави, а также работы А. И. Плотичера и А. М. Фурманова (Харьков).

Большую помощь в создании данной книги оказала Л. С. Юсевич, с которой мы связаны длительной совместной работой в психоневрологической школе-санатории. Часть раздела органических психопатий и лечебной педагогики написана ею.

Всем товарищам, помогавшим мне осуществить этот труд, считаю своим долгом выразить глубокую благодарность.

Автор

ВВЕДЕНИЕ

В течение последних 50 лет в психиатрии, как и во многих других клинических дисциплинах, произошла значительная эволюция взглядов в области теории и практики.

Перестройка теоретических воззрений в психиатрии идет параллельно с ревизией понятия о сущности болезни в общей медицине (как отечественной, так и зарубежной). Развитию прогрессивных идей в медицине значительно способствовали большие успехи других теоретических дисциплин: физики, химии, биологии, физиологии, с чем связано и усовершенствование методик обследования больного.

Наряду с прогрессом теоретической медицины меняются и установки в практической деятельности врача, в его диагностической и лечебной работе. Весьма существенные сдвиги произошли за последние десятилетия и в области психиатрической практики. Значительно расширились контингенты обслуживаемых больных и формы лечебной и профилактической помощи. Получили развитие новые клинические разделы пограничной, так называемой малой психиатрии.

Прежде чем приступить к настоящему курсу клинических лекций о пограничных формах психических заболеваний, мы считаем целесообразным кратко изложить некоторые данные: 1) об эволюции теоретических воззрений на сущность психического заболевания и механизмы его развития; 2) о путях развития нового клинического раздела современной психиатрии — пограничной, или «малой», психиатрии.

Эволюция теоретических воззрений на сущность психического заболевания

Наиболее существенным в развитии теоретических воззрений современной психиатрии является постепенный переход от метафизического представления о болезни как о местном процессе, связанном с анатомическим повреждением отдельных органов и тканей, к более прогрессивной концепции, подчеркивающей единство всех органов и систем и учитывающей не только анатомические изменения, но главным образом и

функциональное состояние отдельных физиологических систем и всего организма в целом, его динамику под влиянием меняющихся условий внешней и внутренней среды.

Успеху развития этого направления, которое можно назвать «физиологическим», «функциональным» в отличие от «анатомического», способствовала победа эволюционных идей дарвинизма в общей медицине, развитие общей физиологии и физиологии нервной системы, внедрение физиологических методов обследования больного в клинику.

В отечественной медицине эта прогрессивная концепция о развитии болезни создавалась под влиянием исследований таких крупных ученых-физиологов и клиницистов, как И. М. Сеченов, Н. Е. Введенский, И. П. Павлов, А. А. Ухтомский, С. П. Боткин, В. М. Бехтерев и др. Творческое свое развитие эта концепция получила в физиологическом учении И. П. Павлова.

В первом томе «Клинических лекций по психиатрии детского возраста» мы подробно остановились на основных положениях в концепции И. П. Павлова о развитии болезни и стремились показать ее большое значение для понимания механизмов возникновения и развития заболевания вообще и психической болезни в частности. Представленную в трудах И. П. Павлова концепцию о развитии болезни можно назвать эволюционно-биологической, так как она построена на эволюционном принципе и центральное место в ней занимает проблема развития приспособительных и защитных механизмов, направленных на борьбу с вредоносными агентами и на восстановление поврежденных функций. Эти защитные реакции вырабатываются в процессе исторического эволюционного развития, во взаимодействии организма с внешней средой.

Не останавливаясь на содержании концепции И. П. Павлова о развитии болезни, так как она представлена в первом томе (лекция 1), отметим лишь два положения, особенно важных для клинициста. В первом из них подчеркивается структурная сложность клинических проявлений: тесное переплетение признаков физиологических мер защиты против болезни с симптомами, являющимися результатом болезнетворного воздействия. Это положение является руководящим для клинициста в диагностической и лечебной работе: оно подчеркивает важность своевременного распознавания и лечения болезни в той ранней стадии, когда решающая роль принадлежит еще физиологическим мерам защиты. Во втором положении, интимно связанном с первым, устанавливается единство физиологических и патологических явлений. Хотя И. П. Павлов отнюдь не отождествлял патологических проявлений болезни с физиологическими, он не считал возможным противопоставлять их друг другу и проводить между ними резкую грань, так как защит-

ные и приспособительные механизмы, являясь по существу физиологическими функциями, пускаются в ход в патологических условиях.

Оба эти положения нашли свое развитие в трудах современных патологов и патофизиологов.

Так, И. В. Давыдовский считает, что самое представление о болезни неразрывно связано с представлением о непрерывном приспособлении организма к внешней среде. По И. В. Давыдовскому, «болезнью называется комплекс патологических процессов (местных и общих), который возникает в организме вследствие нарушения нормальных регуляций его функций при воздействии факторов внешней среды, давая те или иные достаточно характерные и в то же время динамические анатомо-клинические картины». И. В. Давыдовский подчеркивает также отсутствие резких граней между патологическим и физиологическим и неправомерность абсолютного их противопоставления. А. Д. Адо также утверждает, что в развитии болезни имеет место не только нарушение функций отдельных звеньев нервнорегуляторного аппарата, но и рефлекторные включения защитных физиологических механизмов, направленных на ограничение повреждения и на выздоровление организма.

Проблема приспособительных механизмов в картине болезни привлекает к себе внимание и прогрессивных деятелей зарубежной медицины. Из них особый интерес представляет теория Селье об адаптационном синдроме, реализующемся через гипофизарно-адреналовую систему.

«Общий синдром адаптации», по Селье, является суммой всех неспецифических и общих реакций организма, которые появляются после воздействия различных агентов. Этот синдром адаптации проходит три отчетливые стадии: 1) «реакция тревоги»; 2) стадия «резистентности»; 3) стадия «истощения». «Реакция тревоги» в свою очередь может быть подразделена на две фазы: 1) шока и 2) контршока. Шок является состоянием общего интенсивного напряжения с быстрым развитием.

Для объяснения развития общего синдрома адаптации Селье выдвигает следующую гипотезу: вредоносный агент вызывает в передней доле гипофиза освобождение адренокортикотропного гормона. Этот гормон в свою очередь возбуждает кору надпочечника, которая продуцирует избыток кортикоидных гормонов, что повышает резистентность организма и вызывает явления, характерные для контршока.

Общий адаптационный синдром вызывается различными агентами, обусловливающими состояние чрезмерного напряжения («стресс», по терминологии Селье). Наряду с вредоносными агентами причиной синдрома адаптации могут быть и физиологические стимулы, как термические раздражители, ощущение холода, мышечная работа, психогенные факторы. Различные «стрессоры» действуют через гипофизарно-адреналовую систему на кору надпочечника посредством усиления адренокортикотропного гормона. Селье выделяет две разновидности «адаптивных» гормонов: противовоспалительные (адренокортикотропный гормон, кортизон и гидрокортизон) и воспалительные (соматотропный гормон роста, дезоксикортикостерон-ацетат). Действие адаптивных гормонов зависит во многом от обусловливающих факторов (наследственность, ранее перенесенные заболевания, пищевой режим).

Исследования Селье об адаптационном синдроме, о роли гипофизарно-адреналовой системы в поддержании постоянного состава внутренней среды организма были использованы в психиатрической клинике для функциональной диагностики

и изучения патогенеза тех или других форм психических заболеваний. Изучалось функциональное состояние коры надпочечника при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе и различных инфекционных психозах (показателем функционального состояния коры надпочечника служили исследования уровня выделения с мочой 17-кетостероидов).

В клинике психических заболеваний детей и подростков эти исследования не нашли еще достаточного применения. Для объяснения некоторых клинических особенностей психозов, возникающих в переходные возрастные периоды, особенно в период полового созревания, применение теории Селье может быть полезным. Именно в эти периоды меняется эндокринная формула подростков, повышается функциональная значимость гипофиза и половых желез. Эндокринные сдвиги находят свое отражение и в клинике психозов этого возраста. Как показывают данные нашей клиники, в период полового созревания относительно чаще наблюдается приступообразное течение различных заболеваний. При изучении патогенеза этих форм важно обратить внимание на функциональное состояние гипофизарно-адреналовой системы в каждом конкретном случае.

Однако теорию Селье об адаптационном синдроме нельзя признать исчерпывающей. Автор фиксирует внимание лишь на одной из форм приспособительных реакций — гормональной защите против вредоносного воздействия. Им не уделяется должного внимания роли нервной системы в организации физиологических мер защиты, тогда как в концепции И. П. Павлова проблема регуляторных и приспособительных функций организма рассматривается более глубоко и всесторонне.

Преимущество эволюционно-биологической концепции И. П. Павлова в том, что она построена на эволюционном принципе и теории нервизма. И. П. Павлов подчеркивает, что в сложных нейро-гормональных соотношениях ведущая роль принадлежит нервному фактору. В зависимости от того, на какой ступени онто- и филогенетического развития стоит данное животное, регуляторные и приспособительные реакции осуществляются при участии различных уровней нервной системы. Чем выше в эволюционном отношении организм животного, тем бо́льшая роль в регуляции физиологических процессов принадлежит более высокодифференцированным отделам нервной системы.

Победа физиологического направления (идей нервизма) способствовала развитию более правильного понимания сущности приспособительных механизмов в борьбе с болезнью. Чрезвычайно важно, что И. П. Павловым был четко поставлен и разрешен вопрос о роли нервной системы (главным образом головного мозга) в уравновешива-

нии организма во внешней и внутренней среде.

Для понимания физиологической основы некоторых приспособительных механизмов большое значение приобретает и другое положение И. П. Павлова, подчеркивающее сложный динамический характер взаимоотношений между корой и нижележащими образованиями подкорковой области. И. П. Павлов подчеркивает двусторонний характер корково-подкорковых связей. Он утверждает, что кора не только регулирует деятельность нижележащих отделов подкорковой области, но и находится под их тонизирующим влиянием. Подкорковые системы активизируют деятельное состояние больших полушарий, «заряжают» кору, являются для нее энергетическим фондом. Эти взгляды И. П. Павлова получили подтверждение в исследованиях как отечественных, так и зарубежных ученых.

В этом отношении большой интерес представляют исследования Л. А. Орбели об адаптационно-трофической функции симпатической нервной системы. Для психиатра особенно важны эксперименты, доказывающие тонизирующее влияние симпатической нервной системы на функциональное состояние коры больших полушарий. В ряде исследований было также доказано, что корковая деятельность претерпевает значительные изменения при нарушении функций гипофиза.

При удалении вещества надпочечника и паращитовидных желез возникают изменения высшей нервной деятельности, характеризующиеся как адинамические состояния.

В исследованиях П. К. Анохина была подчеркнута роль афферентных импульсаций с периферии. Основным и решающим фактором во всякой приспособительной деятельности, по мнению П. К. Анохина, является афферентный синтез, который предшествует действию и определяет характер необходимых для данных условий актов. Заключительным звеном всякого рефлекторного ответа, по П. К. Анохину, является обратная афферентация. Этим самым рефлекторная «дуга» превращается в циклическое образование.

Для понимания того, каким путем происходит активизирующее влияние подкорковых образований на функциональное состояние коры (и поддержание ее тонуса в бодрственном состоянии), большое значение приобретают новейшие исследования о функциях ретикулярной субстанции стволовой части мозга.

Американскими, английскими, французскими и итальянскими нейрофизиологами и советскими учеными было собрано много новых интересных экспериментальных и клинических данных, доказывающих наличие генерализованного тонического влияния ретикулярной субстанции на деятельность коры. Новейшими электрофизиологическими методами было установлено, что потоки нервного возбуждения распространяются по корково-подкорковым замкнутым кольцевым орбитам.

Мегоун (Magoun) и Моруци (Moruzzi) предположили, что именно ретикулярная субстанция является тем образованием, которое оказывает неспецифическое генерализованное влияние на кору больших полушарий. Мегоун назвал ее «восходящей активирующей системой» (в противоположность уже известным специфическим системам ствола мозга, направляющим возбуждение к корковым анализаторам).

Демпси и Моррисон (Dempsy, Morrison) в 1942 г. обратили внимание на то, что раздражение определенных участков зрительного бугра вызывает изменение электрической активности коры больших полушарий. Эту систему нейронов они назвали «диффузной таламической системой».

Изучение функций ретикулярной субстанции, ее тонического влияния на кору больших полушарий систематически в течение последних лет проводится Пенфилдом и Джаспером (Penfield, Jaspers). На основании клинических данных (изучение клинических последствий хирургического удаления различных участков мозга) и экспериментальных явлений, полученных во время операции путем раздражения электрическим током различных мозговых зон коры полушарий, авторы пришли к выводу, что в верхних отделах ствола расположена особая система нейронов, симметрично связанная с корой каждого из больших полушарий. Функция этой системы, которую они назвали «центрэнцефалической», не ограничивается, по их мнению, лишь тоническими влияниями на кору; они рассматривают эту систему как морфологическую основу высшего уровня интеграции, по отношению к которому уровень коры является подчиненным. Пенфилд и Джаспер подчеркивают, что именно в этой системе находится центр сознания, так как при выключении его сознание человека нарушается.

Выводы экспериментальных и клинических исследований советских ученых (П. К. Анохин, Н. И. Гращенков, С. А. Саркисов, Б. Н. Клоссовский, Л. А. Кукуев, Ф. В. Бассин), посвященных ретикулярной субстанции мозгового ствола, строятся на физиологической концепции И. П. Павлова о динамической локализации функций в мозговой коре. Подчеркивается, что принцип узкоанатомической локализации не оправдал себя, ибо мозг реагирует как единая функциональная система лишь с особой функциональной значимостью отдельных анатомических образований. Теория Пенфилда и Джаспера о «центрэнцефалической системе» является неприемлемой для советских клиницистов. Они справедливо указывают на невозможность локализовать такие сложные функции, как сознание, в отдельных центрах и устанавливают примат корковой деятельности.

Теория Пенфилда и Джаспера находится в противоречии с эволюционным принципом, ибо сложнейшие психические функции не могут быть обусловлены мозговыми системами, стоящими на низшей ступени своего фило- и онтогенетического развития (А. Д. Зурабашвили).

Однако, возражая против преувеличенной оценки функциональной значимости ретикулярной системы мозгового ствола, советские авторы отнюдь не отрицают большого значения этих исследований для более глубокого понимания корково-подкорковых связей и сложных нервных механизмов рефлекторной деятельности. Результаты исследований активизирующего влияния ретикулярной системы на кору больших полушарий приобретают особый интерес для клиники нервных и психических заболеваний, так как они помогают изучить факторы, участвующие в поддержании бодрственного состояния. А как известно, нарушением бодрственности объясняется ряд патологических явлений в картине психического заболевания. Многие психопатологические синдромы по своей патофизиологической сущности представляют не что иное, как различные формы промежуточных состояний между сном и бодрствованием (сумеречные состояния, некоторые состояния психического автоматизма, онероидные синдромы и др.).

Самый механизм генерализованного активизирующего действия ретикулярной формации на кору больших полушарий рассматривается советскими авторами как своеобразный приспособительный механизм. Н. И. Гращенков трактует его как механизм «настораживания», готовности организма к ответу на необычные стимулы. А. Д. Зурабашвили также обращает особое внимание на значимость того положения, которое касается корково-подкорковых взаимоотношений как динамически замкнутых кольцевых систем. Согласно данным подкорковой электроэнцефалографии, импульс, поступающий в корковый аппарат, не затухает, а возвращается в прежний подкорковый очаг раздражения, как бы подкрепляя последний и поддерживая в то же время цельность единого динамического круга, чем и обусловливается саморегулирование нервных процессов. Иначе говоря, принцип замкнутых кольцевых орбит сохраняет свою силу и при интегративной деятельности мозгового аппарата, способствуя этим приспособлению организма к внешней среде.

Следует указать, что этот вопрос о распространении нервного импульса по замкнутым кольцевым орбитам не является абсолютно новым. Он был освещен и в работах советских физиологов (П. К. Анохин, И. С. Бериташвили, П. С. Купалов, Л. А. Орбели). По существу все эти исследования о распространении нервного импульса по корково-подкорковым системам нейронных связей являются дальнейшим развитием учения И. П. Павлова о двустороннем характере связей коры и подкорковой области и об организме как саморегулирующейся системе.

Значение всех этих исследований последних лет в области нейрофизиологии, эндокринологии и морфологии нервной системы для решения кардинального вопроса о сущности болезни и механизмах ее развития в настоящее время еще пол-

ностью не оценено. Однако несомненно, что представленные в этих исследованиях новые факты позволяют пересмотреть устаревшее понятие о сущности болезни как только местном анатомическом поражении. Они говорят в пользу «функционального» направления в медицине.

Ревизия анатомической концепции о сущности болезни приобретает особое значение в психиатрии, так как в патогенезе психических расстройств в большинстве случаев преобладают функционально-динамические расстройства. О значении функционального направления в медицине пишут и некоторые зарубежные психиатры. Так, М. Блейлер (Bleuler) в монографии, посвященной эндокринологической психиатрии, резко выступает против «анатомического» мышления в психиатрии. По его мнению, близость отдельных психопатологических проявлений при различных заболеваниях не может быть объяснена, если учитывать только патологию отдельных органов; она становится понятной при «функциональном» мышлении, учитывающем взаимосвязь различных физиологических систем в организме.

Для теории и практики психиатрии, для понимания причины болезни, большое значение приобретает и та серьезная эволюция взглядов, которая имеет место в понимании материальной природы наследственности и степени ее стабильности. Как известно, вопрос о «фатальной» наследственности был одним из тормозов на пути развития психиатрии, служившим исходным пунктом для возникновения различных реакционных теорий о природе психического заболевания и пессимистических взглядов на возможность их профилактики и лечения.

За последние годы именно в этой отрасли биологических знаний, бывшей еще так недавно оплотом реакционных теорий, было получено много новых экспериментальных данных, коренным образом изменяющих наше представление о химических основах наследственности и степени ее устойчивости.

Успехи в этой области в значительной мере связаны с тем, что генетические методы использовались в комплексе с биохимией, физикой и математикой. Для разрешеиия генетических вопросов использовались новые объекты — вирусы и бактерии.

Благодаря всем этим работам генетика становится на новый путь физиологических исследований, все более конкретно разрешаются вопросы не только химической основы наследственности, но и возможностей ее трансформации.

Прн изучении наследственных структур в клетках бактерий устанавливается, что они являются нуклеопротеидами, составленными из белков и нуклеиновых ядер. Очень важно установление того факта, что в ядрах хромосомы обладают специфическим химнческим составом. Этим химическим веществом является дезоксирибонуклеиновая кислота. В цитоплазме клетки имеется другая кислота — рибонуклеиновая. Установлено также, что это спецнфическое вещество — дезоксирибонуклеиновая кислота — является трансформирующим фактором, направленно изменяющим наследственность.

Особенно большой интерес представляют новые данные об изменчивости наследственных свойств под влиянием внешних воздействий, о факторах, определяющих появление мутаций. Как известно, в начале XX века при разрешении вопроса о природе мутаций наиболее распространенной была аутогенетическая концепция. Наследственные структуры рассматривались как вещества, обладающие громадной физической и химической устойчивостью генетического материала. Появление мутаций рассматривалось как процесс, совершенно независимый от внешних условий. Даже воздействие излучений на наследственные свойства рассматривалось только как процесс, ускоряющий мутации. Эта аутогенетическая теория отрицается советскими учеными, стоящими на позиции Мичуринской биологической науки. Ими было высказано предположение, что генетические материалы отнюдь не обладают тем свойством абсолютной стабильности, которое ему ранее приписывалось, что они являются реактивными и меняются при определенных воздействиях внешней среды.

Эти новые принципы раскрывают и новые перспективы для разработки дальнейших методов управления наследственностью и изменчивостью организма. Не приходится доказывать, как велико значение этих новых данных для клиники нервных и психических заболеваний, среди которых относительно нередко встречаются формы с преимущественно наследственной этиологией.

Пути развития пограничной, так называемой малой, психиатрии

Параллельно с пересмотром теоретических положений о сущности психического заболевания происходит и серьезная перестройка в практической деятельности врача.

За последние десятилетия в психиатрии все возрастает интерес к изучению более легких форм психических заболеваний, в патогенезе которых преобладают функционально-динамические расстройства. При изучении болезненных форм все больше внимания уделяется диагностике ранних стадий болезни. Постепенно изменяются контингенты больных, обслуживаемых психиатрами.

За психиатрической помощью обращаются не только больные, страдающие выраженными формами психического заболевания, но и лица с легкими нервно-психическими отклонениями (реактивно-психогенные состояния, неврозы, аномальные личности).

Понятно, что при изменении состава обслуживаемых больных возникла необходимость пересмотра лечебно-диагностической деятельности врача, тактики и методов терапевтического воздействия. Перед психиатрами стала новая задача —

лечить больных «в жизни», в условиях диспансера и поликлиники, не отрывая их от общественной и трудовой деятельности. Труд и общественная работа стали для этих больных новыми могучими лечебными факторами.

Расширились связи психиатров с другими специалистами, так как легкие психические расстройства, связанные с функционально-динамическими расстройствами высшей нервной деятельности, наблюдаются при самых разнообразных соматических заболеваниях. Поэтому клиника различных невротических состояний интересует не только психиатров и невропатологов, но и терапевтов, педиатров и других специалистов.

Изучение пограничных форм психических расстройств и начальных стадий психических заболеваний в отечественной психиатрии началось уже давно. О. В. Кербиков в историческом очерке развития учения о психопатии приводит ряд фактов, доказывающих, что уже в 80-х годах прошлого столетия в отечественной психиатрии изучалась проблема психопатий (И. М. Балинский, О. А. Чечот, В. Х. Кандинский, В. М. Бехтерев). В конце прошлого и в начале текущего столетия уже были проведены фундаментальные клинические исследования, посвященные клинике неврозов и патологических личностей (С. А. Суханов, П. Б. Ганнушкин, Ю. В. Каннабих и др.).

Систематическое планомерное изучение пограничных форм началось главным образом после Великой Октябрьской социалистической революции. Уже в начале своего пути советская психиатрия значительно расширила задачи в области профилактики психических заболеваний. Наряду с реконструкцией больничной помощи было начато развертывание внебольничной сети и психоневрологических санаториев. В 1928 г. организуется специальный научно-исследовательский институт невро-психиатрической профилактики (Л. М. Розенштейн). Почти заново был создан новый раздел психиатрии детского возраста.

Параллельно с развитием профилактического направления в советской психиатрии меняется и характер научно-исследовательской деятельности. Значительно больше внимания уделяется изучению пограничных форм психических заболеваний, повышается интерес к проблеме психопатий (П. Б. Ганнушкин, Е. К. Краснушкин, М. О. Гуревич, В. П. Осипов), психогенных реакций (Ю. В. Каннабих, А. Н. Бунеев, П. М. Зиновьев). При изучении клиники больших психозов фиксируется внимание главным образом на более легких стертых формах и ранних стадиях психического заболевания (В. А. Гиляровский, П. Б. Ганнушкин, Л. М. Розенштейн и др.). Более интенсивно изучаются так называемые экзогенные формы психических расстройств, обусловленных инфекциями, травмами и интоксикациями нервной системы, в отношении ко-

торых предупредительные мероприятия являются наиболее эффективными.

Развивается совершенно новый раздел теории и практики советской психиатрии — психогигиена и психопрофилактика. Л. М. Розенштейн совместно с сотрудниками руководимого им Института невро-психиатрической профилактики (И. А. Бергер, Т. И. Гольдовская, С. И. Гольденберг, Б. Р. Гурвич, Е. Н. Каменева, И. Г. Равкин, А. А. Чернуха) разрабатывают теоретические основы психогигиенической и психопрофилактической работы.

Изучение пограничных форм психических расстройств развивалось особенно интенсивно в новом разделе советской психиатрии — психиатрии детского возраста. В этих исследованиях были представлены клинические особенности психогенных реакций, неврозов, а также психопатических и психопатоподобных состояний у детей (М. О. Гуревич, В. А. Гиляровский, Н. И. Озерецкий, Е. А. Осипова, А. И. Винокурова, *С. С. Мнухин, Т. П. Симпсон, Г. Е. Сухарева* и др.). Характерной особенностью исследовательской работы в области пограничной психиатрии детского возраста является то, что она строилась на принципиальной основе единства и неделимости клинической и организационной работы. Параллельно с разработкой вопросов клиники отдельных форм пограничных состояний строилась и специальная сеть учреждений для таких детей. В этом отношении очень много было сделано Е. А. Осиповой, посвятившей свою научную и практическую деятельность делу организации психоневрологической помощи детям.

Таким образом, постепенно развивается новая область психиатрических знаний, которая получает название «малой», пограничной, психиатрии. Уже в первые десятилетия развития советской психиатрии становится очевидным, что «малая» психиатрия имеет чрезвычайно большое значение. О большом значении «малой» психиатрии и сложности ее изучения очень хорошо было написано П. Б. Ганнушкиным: «Малая психиатрия, психиатрия пограничная, есть область несравненно более тонкая, область более сложная, требующая гораздо большего опыта, навыков и знаний, чем психиатрия большая, где дело идет о душевнобольных в узком смысле слова». Чем больше внимания уделяли изучению пограничных форм психических заболеваний, тем яснее становилось, что клинические исследования в этой области очень важны и для более углубленного понимания сложной по своей структуре картины «больших» психозов, так как очень часто корни патогенного воздействия на организм уходят далеко от начала манифестного начала психического заболевания.

П. Б. Ганнушкиным был точно очерчен круг вопросов «малой» психиатрии. Большой заслугой П. Б. Ганнушкина

является и то, что он с предельной ясностью доказал, как важно изучить «болезненную почву», на которой развивается данное заболевание, чтобы лучше понять закономерности формирования его клинической картины. Другими словами, если в настоящее время развитие «малой» психиатрии находится в большой зависимости от уровня клинических знаний в области этиологии и патогенеза «больших» психозов, то есть все основания предполагать, что в будущем успешное развитие «малой» психиатрии будет содействовать более быстрому разрешению трудных проблем в области выраженных психозов.

Однако в настоящее время вопросы клиники, терапии и профилактики пограничных форм психических заболеваний еще значительно менее разработаны, чем клиника выраженных психозов. Эта отсталость объясняется не только молодостью данного раздела психиатрии, но и большей трудностью изучения причин и условий возникновения и развития пограничных форм.

Общие закономерности развития пограничных форм те же, что и выраженных психических заболеваний. Однако выявление этих закономерностей в каждом конкретном случае в пограничной психиатрии значительно труднее, чем в области «больших» психозов. Здесь более сильна опасность методологических ошибок в связи с большой сложностью условий развития болезненных состояний.

Советскими учеными — клиницистами, физиологами и патологами — всегда подчеркивалась опасность упрощенного понимания проблемы этиологии. Подчеркивая ведущую роль внешних вредностей в возникновении болезней, они в то же время отмечали большое значение «внутренних» факторов как в возникновении болезни, так и в формировании ее клинической картины.

Так, И. В. Давыдовский пишет, что «невозможно дать определение болезни, исходя из внешней причины явления, причина болезни не равна действию». Он подчеркивает, что никакой фактор сам по себе не может быть причиной болезни. Такой причиной является всегда отношение организма к этому фактору и обратно. В то же время эти «внутренние моменты» отнюдь не представляют чего-либо стабильного, под воздействием внешней среды они претерпевают резкие изменения. К. М. Быков также выступает против элементарно упрощенного представления о болезни как о случайном эпизоде экзогенного происхождения. Он указывает на необходимость связи болезни со всеми предшествующими физиологическими основами не только соматической, но и психической жизни человека.

Разрешение вопроса о роли внутреннего фактора в возникновении и развитии болезни является особенно актуальным в области пограничных форм, так как роль индивидуальных особенностей личности (как одно из существенных условий возникновения патологического состояния) в «малой» психиатрии еще значительнее, чем в клинике больших психозов.

Для понимания условий возникновения тех или других патологических реакций необходимо учесть в каждом конкретном случае склад личности больного, уровень его развития, его взаимоотношения в коллективе. У сензитивных субъектов, отличающихся большой склонностью к развитию конфликтных переживаний, патогенное значение может приобретать такая ситуация, которая для другого человека отнюдь не является «трудной». У личностей тревожно-мнительного склада под влиянием неудачного выражения врача возникает фобия, страх за свое здоровье; истерические реакции чаще наблюдаются у лиц с чертами инфантильности, повышенной внушаемости и самовнушаемости, с наклонностью к образованию гипноидных состояний. Таким образом, при многих формах психогенных реакций особенности личности имеют решающее значение. Они служат тем специфическим условием, при отсутствии которого патологическая реакция не возникает. Отсюда понятно, что при выяснении причин возникновения невроза и других психогенных реакций требуется большая осторожность, чтобы избежать упрощенного решения этого вопроса в духе механического монокаузализма. Для установления причины в каждом конкретном случае необходим не только тщательный анализ клинической картины патологической реакции, ее симптоматики и течения, но важно также выяснить и специфические условия, способствующие развитию болезни (особенности личности больного, его соматическое состояние в прошлом и в данное время, его преморбидный характер и т. д.). Наличие конфликтных переживаний у больного (лежащих в основе невроза), не может быть правильно понято без учета его общественных взаимоотношений.

При объяснении этиологии пограничных форм психических заболеваний возможны и другие методологические ошибки. Так, некоторые авторы, объясняя большую роль личности в происхождении психогенных реакций, придают «фатальное» значение патологической наследственности. И эти ошибочные взгляды постепенно преодолевались в исследованиях отечественных и зарубежных психиатров. В течение последних лет при анализе причинно-следственных соотношений в каждом конкретном случае больше внимания уделяется роли внешних факторов в происхождении заболевания. Такой положительный сдвиг во взглядах на этиологию психических расстройств, выражающийся в акцентуации роли внешних факторов, можно отметить в посвященных психиатрии детского возраста работах не только советских авторов, но и некоторых прогрессивных зарубежных ученых. Здесь следует назвать работы Трамера (Tramer, Швейцария), Эйе, Мишо (Heuyer, Michaux, Франция), Каннер, Десперт (Kanner, Despert, США), Санктис, Боллеа (Sanctis, Bollea, Италия), Вик (Wiek, Германская Демократическая Республика).

Необходимо, однако, учесть, что не всегда эта тенденция искать причину болезни в факторах внешней среды хорошо претворяется в практической деятельности. Такая тенденция может оказаться и реакционной, если она строится на ошибочной методологической основе. При неправильной исходной позиции, когда закономерности, определяющие развитие личности, трактуются в свете теории Фрейда или неофрейдизма и на первый план выдвигаются нарушения сферы инстинктов, резко меняется и трактовка понятия «среда» и «внешние факторы». В конечном счете причина болезни понимается неправильно, так как игнорируются общественные и экономические условия, в которых живет и воспитывается ребенок.

Методически неправильная позиция характерна и для того направления, которое носит название кондиционализма. Защитники кондиционализма утверждают, что для развития болезни необходимо наличие множества условий и нет единой причины. Эта теория также не соответствует клиническим данным, ибо при наличии многих патогенных факторов, предшествующих заболеванию, все же один из них является ведущим, служит производящей причиной, определяющей как возникновение психических расстройств, так и симптомы их течения. Остальные представляют собой лишь более или менее специфические условия, влияющие на развитие болезни.

В. М. Морозов справедливо указывает на связь кондиционализма с философией прагматизма и подчеркивает, что прагматическое направление нашло свое отражение и в психобиологической концепции Майера (Mayer).

Психическая болезнь, по мнению Майера, представляет собой сумму реакций личности, возникающих под влиянием многих факторов, взаимодействующих между собой.

Так же как и защитники кондиционализма, Майер не выделяет единой причины болезни. Нозологический принцип современной психиатрии Майер называл «догматичным» и предлагал устанавливать лишь типы патологических реакций. Тем самым стирается грань между патологией и нормой, между процессуальными формами психических заболеваний и психогенными реакциями, между неврозом и шизофренией.

Психобиологическая концепция, отрицающая наличие единой причины, не может способствовать правильному решению проблемы этиологии и патогенеза психических расстройств вообще и пограничных форм в частности. Такое понимание причин болезни не помогает врачу в его практической деятельности, не способствует раннему распознаванию болезни и не стимулирует в поисках дифференцированного метода лечения.

Затруднения, возникающие при обобщении клинических наблюдений в области «малой» психиатрии, объясняются еще и тем, что определение отдельных понятий в данном разделе психиатрии характеризуется большой расплывчатостью, от-

сутствует единая номенклатура. Эта нечеткость определений вполне понятна, так как при легких формах психических расстройств труднее провести грань между здоровьем и болезнью. Известно, что чем ближе к норме то или другое патологическое состояние, тем труднее дать ему четкое определение. Если учесть многогранность человеческой личности, многообразие отдельных индивидуальностей, сложность их общественных взаимоотношений, то становится понятным, почему отдельные клинические разновидности так называемой «малой» психиатрии не укладываются в определенную схему, почему так трудно создается общепринятая систематика психогенных реакций и психопатических личностей. Отсутствие общепринятой номенклатуры и систематики «малых» форм психических расстройств значительно затрудняет их клиническое изучение. Получается, таким образом, своеобразный порочный круг, который тормозит развитие научно-исследовательской работы в этой области. Одни и те же термины различными авторами употребляются неоднозначно, в одно и то же понятие вкладывается различное содержание, и психиатры перестают понимать друг друга.

Все сказанное по поводу трудностей исследования «малых» форм психических заболеваний было учтено, когда мы приступили к обобщению наших клинических наблюдений в области пограничной психиатрии детского возраста. Отдавая себе отчет в несовершенстве наших знаний в этой области и не надеясь в настоящем курсе клинических лекций разрешить эти трудные вопросы, мы все же считаем возможным представить наши клинические наблюдения в таком виде, как они есть, полагая, что они могут послужить фундаментом для дальнейшей разработки этих проблем. Одним из побуждающих моментов для нас было то обстоятельство, что наблюдения детской клиники (характеризующиеся большей элементарностью своих проявлений и более точными анамнестическими сведениями о причинах и условиях возникновения психических расстройств) могут быть использованы для того, чтобы ближе подойти к разрешению вопроса нозологической классификации этих форм. В настоящем курсе клинических лекций нами представлена такая попытка систематизировать психогенные реактивные состояния и психопатии не только по клиническим, но и по патогенетическим признакам. Хотя предложенная схема группировки ни в коей мере не должна расцениваться как нечто завершенное, она все же может послужить каким-то этапом, приближающим нас к нозологической классификации пограничных форм.

При изучении пограничных форм психических расстройств можно пойти двояким путем. Первый путь — «от болезни к здоровью», от «большой» психиатрии к «малой», второй — противоположный — от «здоровья к болезни». Первый

путь является наиболее надежным, он был использован отечественными и многими зарубежными психиатрами. «Вся история психиатрии,— писал П. Б. Ганнушкин,— с очевидностью доказывает, что сначала изучаются и описываются более яркие, более заметные типы душевного расстройства», после чего легче понять и менее выраженные клинические проявления. При описании клиники психических расстройств у детей и подростков мы также выбрали этот путь от «большой» психиатрии к «малой» (первый том «Клинических лекций» посвящен выраженным формам психических заболеваний). Однако было бы неправильным полностью игнорировать и второй путь, дающий большие возможности изучать личность в ее взаимодействии с окружающей средой.

При описании отдельных клинических разновидностей пограничной психиатрии мы стремились использовать динамический метод изучения. Статический метод, когда много внимания уделяется изучению состояния больного и относительно мало течению болезни, оказывается несостоятельным и при изучении «больших» психозов (на это указывал и П. Б. Ганнушкин). Еще большее значение приобретает динамический метод при изучении пограничных форм психических расстройств, так как здесь клинические проявления могут быть правильно поняты только в аспекте их развития. Не приходится доказывать, что динамический метод особенно важен для детской клиники, объектом изучения которой является постоянно меняющийся, растущий детский организм.

Посвящая пограничным формам специальный том клинических лекций, мы руководствовались прежде всего большой актуальностью проблем «малой» психиатрии в детской клинике. Область пограничных состояний у детей значительно обширнее, чем у взрослых. Дети, страдающие легкими формами психических расстройств, составляют основную группу среди тех, которые нуждаются в психоневрологической помощи. По данным переписи, произведенной Е. А. Осиповой и С. Я. Рабинович в 1931 г., пограничные формы составляют до 70% всех психических заболеваний у детей. Изучение клинических особенностей «малых» форм психических заболеваний имеет чрезвычайно большое значение не только для психиатров, но и для школьного врача и педагога. Знания в этой области очень важны и для просветительной работы с родителями, для развития психопрофилактической деятельности врача. Они помогают и педагогу лучше дифференцировать методы педагогической работы в специализированных школах и детских садах, приспособить методику обучения к индивидуальным особенностям ребенка.

Таким образом, задачи врача, работающего в области «малой» психиатрии детского возраста, обширны и многообразны. Поэтому в курсе психиатрии детского возраста по-

граничным формам всегда уделялось больше внимания, чем в руководстве по общей психиатрии.

В области пограничных форм психических заболеваний различают самые разнообразные клинические разновидности: 1) реактивные состояния психогенной природы (неврозы, реактивные психозы, изменения характера под влиянием неблагоприятных условий воспитания; 2) различные формы врожденной или рано приобретенной нервности; 3) психопатии; 4) легкие формы умственной недостаточности.

Из перечисленных клинических форм мы остановимся в данном курсе «Клинических лекций» лишь на первых трех. Что касается клиники легких форм умственной отсталости, то мы считаем более целесообразным представить ее в третьем томе. Проблема олигофрении является очень важной в детской клинике и требует специального и подробного рассмотрения. В третьем томе будут представлены также данные об организации больничной и внебольничной психоневрологической помощи детям.

Часть 1

ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ

Лекция 1

УЧЕНИЕ О ПСИХОГЕННЫХ РЕАКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ (РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ И НЕВРОЗЫ)

Сказанное во введении о трудностях изучения «малых» форм психических расстройств подтверждается на примере психогенных реактивных состояний. Клинические наблюдения в этой области еще недостаточно систематизированы, отсутствует общепринятая классификация и номенклатура этих состояний. Нет единства мнений в понимании вопроса о сущности этой болезненной формы.

Одну из главных причин отставания развития учения о реактивных состояниях следует видеть в том, что в этой области дольше, чем в других разделах психиатрии, главенствовали идеалистические теории психофизического параллелизма, грубо противопоставляющие «психическое» «физическому». Психогенная реакция в свете идеалистической теории рассматривается как особое «душевное» проявление, не имеющее материального субстрата. Если проследить развитие дискуссии по проблеме реактивных состояний, то нетрудно будет отметить, что центральное место в этой дискуссии занимает борьба двух концепций — психологической и физиологической.

Из психологических теорий наиболее распространенной является психоаналитическая теория Фрейда. Впервые она была предложена автором для объяснения истерии. В дальнейшем Фрейд и его последователи стали применять ее для объяснения разнообразных и сложных психических явлений не только в патологии, но и в норме.

В некоторых зарубежных странах психоаналитическая теория стала господствующей в психиатрии. Поэтому мы считаем нужным коротко остановиться на некоторых основных ее положениях.

Основным в теории Фрейда является тезис, что каждый из истерических или других невротических симптомов может быть обусловлен уклонением от нормального хода развития сексуальности в самом раннем детстве (в первые 3 года жизни, не позже конца 5-го года). Сексуальные

влечения ребенка проявляются очень рано, но в дальнейшем благодаря воспитанию, созданию моральных норм вытесняются в подсознательную сферу как не совместимые с более высоким уровнем сознательных стремлений личности. Но вытесненные инстинктивные влечения не исчезают совсем, стремление их удовлетворить продолжает существовать. Во всех тех случаях, когда не удается «сублимировать» это стремление к удовлетворению влечений, т. е. когда нет процесса «перенесения энергии» с вытесненного влечения на допустимую в социальном отношении полезную цель, всегда возникает конфликт. В результате конфликта между стремлением к удовлетворению сексуальных влечений и тормозом («цензурой») возникает компромисс в виде возможности искать удовлетворение в непрямых и символических средствах. Невротические симптомы, по Фрейду,— суррогаты, появляющиеся вместо вытесненного неудовлетворенного желания, это — символически осуществленное желание. Отсюда вытекает другой тезис Фрейда о «сверхобусловленности» синдромов, об единственно необходимом и специфическом факторе, обусловливающем синдром,— психосексуальном.

Из кратко приведенных положений психоаналитической теории вытекает, что теория невроза Фрейда построена на чисто умозрительном понятии и, следовательно, носит спекулятивный характер. На методологическую порочность теории Фрейда указывает и Гарри Уэлс, считая, что основным стержнем психоаналитической теории является гипотеза о «заряде психической энергии». Без этого «заряда», отвергнутый «постыдный» импульс станет совершенно «безобидным» и не вызовет невротических симптомов.

В теории Фрейда неправильно освещаются и факторы, определяющие развитие личности. Фрейд видит основу личности только в проявлениях глубинных биологических компонентов. Подчеркивая ведущую роль первичных, бессознательных влечений, он искусственно отбрасывает все специфически человеческое. Все социальные качества человека он рассматривает как сублимированное проявление животных влечений. Таким образом, совершенно игнорируется историческая эволюция человеческой психики под влиянием усложняющихся условий социальной среды и трудовой деятельности.

В теории Фрейда о сексуальном факторе как основной причине невроза ясно выступает тенденция обеднить человеческую личность, игнорировать сложность ее переживаний, сводя все к слепому инстинкту — главным образом сексуальному. Между тем содержание конфликтных переживаний даже у ребенка разнообразно и отнюдь не исчерпывается сексуальным фактором. Уже в дошкольном и школьном возрасте у ребенка могут возникнуть конфликты в связи с неблагоприятно сложившимися взаимоотношениями в семье и школе.

Положение Фрейда о неврозе не соответствует клинической правде и не отображает сложности всякой психогенной реакции вообще, в том числе и невроза. В них акцентируется один лишь момент — синдром как символическое выражение вытесненных сексуальных влечений. Совершенно не учиты-

вается, у какой личности развился этот синдром, в какой социальной среде она воспитывается, каково ее соматическое состояние. Важно также отметить, что в своих построениях о механизмах невроза Фрейд ограничивается только рассуждениями. Патофизиологическая основа остается невыясненной. По Фрейду, невроз — это нечто, принципиально отличающееся от всякой болезни вообще. Его положения о сущности невроза не имеют ничего общего с обычными медицинскими воззрениями. Другими словами, психоаналитическая теория Фрейда остается в стороне от той дороги, по которой идет вперед современная медицина.

Адлер (Adler) — ученик Фрейда — видел основные причины неврозов в неосуществленной воле к власти. В том случае, если этой воле к власти противопоставляется чувство собственной неполноценности, неизбежно возникает конфликт. Невроз, с точки зрения Адлера, служит целям компенсации чувства недостаточности. В теории Адлера имеется положительный момент, заключающийся в том, что автор уделяет много внимания дефектам воспитания как фактору, способствующему возникновению невроза, и дает ряд указаний для профилактики этих ошибок. Однако в своих теоретических положениях о механизме развития невроза Адлер остается на той же позиции «понятных связей». Ему, так же как и Фрейду, чуждо широкое, биологическое понимание путей возникновения невроза, значение аффективного перенапряжения как фактора, нарушающего физиологические процессы в центральной нервной системе и во всем организме в целом. Проблема развития личности и роль социального фактора понимаются им очень узко — в пределах семейного воспитания. Невроз и в работах школы Адлера трактуют как «психологическое», а не как медицинское понятие.

Современные представители психоаналитической школы ревизуют ряд основных положений Фрейда и выступают прежде всего против «пансексуализма» фрейдовской теории. Основную причину неврозов многие из них видят не в сексуальных конфликтах, как Фрейд, а в «культуре», «цивилизации». По мнению этих авторов [Хорни, Кардинер, Мид (Horney, Kardinner, Mead)], культура препятствует нормальному развитию инстинктивной жизни, вследствие чего возникают конфликты, лежащие в основе неврозов. При изучении особенности среды, в которой живет данный субъект, основное внимание уделяется проблеме любви и привязанностей, взаимоотношениям матери и ребенка. Тщательно анализируются особенности развития ребенка в первые годы жизни (отнятие ребенка от груди, режим кишечника) и взаимоотношения между отцом, матерью и ребенком. Хорни на первый план выдвигает «автономное стремление к самосознанию». По мнению автора, невроз возникает тогда, когда это стрем-

ление встречает препятствие. В современных психоаналитических теориях сохраняется основная идея Фрейда, что ведущая роль в патогенезе невроза принадлежит нарушениям инстинктивной сферы. Причина этого нарушения приписывается неправильному воспитанию ребенка в первые годы его жизни.

Фурст (Furst) также обращает внимание на то, что все существенные аспекты теории инстинктов сохранены и в исследованиях современной психоаналитической школы в США. Он возражает против этих теорий, считая, что нельзя сводить сложную причину неврозов ни к патологии инстинктивной жизни, ни к вредоносным влияниям цивилизации и культуры. Конфликты, лежащие в основе неврозов, порождаются непрерывно меняющимися общественно-экономическими условиями. Не отрицая роли биологических потребностей, Фурст утверждает, что биологический организм становится человеческим существом только в определенном обществе. Благодаря изменению деятельности коры головного мозга под воздействием обучения и цивилизации биологическое и социальное слились в диалектическое единство.

В зарубежных странах популярна также теория Ясперса (Jaspers). Краеугольным камнем ее является положение о непроходимой грани, разделяющей физическое и психическое. По Ясперсу, заболевания физические могут быть объяснены причинными (каузальными) связями, заболевания психогенные возникают по «понятным связям» и могут быть поняты только «изнутри», так как «душевное выводимо только из душевного». Обычные закономерности, имеющие место при соматических заболеваниях, по мнению Ясперса, неприменимы к психогенным реакциям. Таким образом, понятие психогенной реакции и в теории Ясперса рассматривается как нечто совершенно отличное от «болезни» в общемедицинском понимании этого слова. Этим самым отрицается и самая возможность изучения ее материального субстрата.

Неудовлетворенность идеалистическими концепциями о сущности реактивных состояний побудила многих из более прогрессивных отечественных и зарубежных психиатров искать новые пути физиологического объяснения психогенных реакций.

Для физиологической трактовки психогенных реакций, возникающих под влиянием гнетущих эмоций, немалое значение имели экспериментальные данные о физиологической основе эмоций.

Данные Кеннона об изменении симпатико-адреналовой системы при возбуждении эмоций в настоящее время являются общепризнанными. Эксперименты на кошках показали, что при эмоциях симпатическая система включается как целое (гипергликемия, повышение содержания адреналина, пилоэрекция, возбуждение желудочно-кишечного тракта, учащение пульса и др.). Отмечаются и симптомы парасимпатического возбужде-

ния при эмоции (урежение пульса, сокращение мочевого пузыря, дефекация и др.).

Наблюдения вегетативных реакций у людей подтверждают результаты экспериментальных исследований. Вегетативные обменные сдвиги у людей более разнообразны, зависят от характера эмоций и индивидуальных особенностей личности. По данным Гельхорна (Gellhorn), страх вызывает преимущественно симпатические реакции, чувство озлобления, вражды — парасимпатические.

Ситуация, вызывающая агрессию, дает чаще симпатические реакции. Но здесь возможны индивидуальные отклонения.

Издавна известно большое патогенное влияние эмоционального перенапряжения на сосудистую систему, на функцию эндокринных желез. Под влиянием сильных аффектов возникает базедова болезнь, нарушается деятельность гипофиза и коры надпочечника. Давно известно также влияние психогенных факторов на деятельность половых желез — рядом авторов отмечена задержка менструаций при длительных волнениях. В течение последних лет в связи с улучшением методики эндокринологического обследования больных был накоплен ряд новых фактов, доказывающих влияние эмоциональных факторов на эндокринную систему.

Много ценных фактов для физиологической трактовки психогенных реакций было представлено в наблюдениях советских психиатров в военное время. Е. К. Краснушкин, подчеркивая «органичность действия» сильной эмоции (эмоции шока), считал, что при шоковых реакциях наступают органические изменения в вегетативных центрах головного мозга. Осуществляются эти органические изменения главным образом через сосудистую систему. Об «органичности» действия эмоции шока свидетельствуют симптомы со стороны вегетативной нервной системы: потливость, нередко ассиметричная вазомоторная лабильность, неравномерность зрачков при хорошей реакции, разница глазных щелей, пучеглазие (иногда больше с одной стороны), мышечный валик, мимический парез лицевого нерва.

В нашей работе о психогенных типах реакций военного времени были описаны клинические особенности депрессивно-бредовых состояний, развивающихся в определенной ситуации, связанной с длительным аффективным напряжением. Нами было отмечено, что в основе этих психогенных реакций лежат глубокие биологические сдвиги: падение сосудистого тонуса, функциональное расстройство желудочно-кишечного тракта, падение веса, в затяжных реакциях отмечается состояние гиповитаминоза и дистрофии. Поэтому такие формы затяжных реактивных состояний с депрессивно-бредовым синдромом мы рассматривали как психогенные по этиологии, но биологические по патогенезу. Так же как и в остром эмотивном шоке, в этих затяжных депрессивно-бредовых состояниях основным является вредное действие длительного эмоционального напряжения, тяжелого отрицательного аффекта.

Еще перед второй мировой войной С. Г. Жислин, Е. А. Попов, П. Ф. Малкин обратили внимание на роль соматогенного фактора в возникновении психогенных реактивных параноидов (перегрузка, лишение сна и др.). С. Г. Жислин, рассматривая реактивные параноиды как особую форму психогенных реакций, убедительно доказал, что психогенный фактор в этих формах приобретает патогенное значение лишь в определен-

ных условиях, т. е. при наличии соматогенной вредности. Способствующая роль соматогенного фактора в возникновении реактивных параноидов была отмечена и рядом других авторов (А. Н. Бунеев, А. В. Снежневский, В. А. Гиляровский).

Изучение психогенных реакций у детей с более элементарными психопатологическими синдромами и более выраженными вегетативно-соматическими расстройствами убедительно доказывает, что психогенная реакция, так же как и физиогенная, имеет свой материальный субстракт (А. И. Винокурова, В. П. Кудрявцева, Е. А. Осипова, Е. Е. Сканави, Т. П. Симсон, Т. В. Строкина, Г. Е. Сухарева).

Таким образом, благодаря различным клиническим исследованиям постепенно рушится та «непроходимая» грань между психогенными и физиогенными реакциями, о которой писали авторы, исходившие из идеалистических психологических теорий.

Теоретическое обоснование патофизиологической сущности реактивных состояний — опровержение дуалистического противопоставления «психического» «телесному» — было дано в физиологическом учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. Исходя из принципа материалистического монизма, И. П. Павлов призывал к тому, чтобы расстаться «со столь вкоренившимся у нас отграничением психического от соматического». Доказывая универсальность условнорефлекторного принципа для психической деятельности, И. П. Павлов тем самым дал новое понимание роли психического фактора в регуляции соматических функций. «Временная нервная связь,— писал он,— есть универсальное физиологическое явление в животном мире и в нас самих, и вместе с тем оно же и психическое». Идеалистическая точка зрения на сущность неврозов была подвергнута И. П. Павловым серьезной критике. Им было представлено много данных физиологического обоснования патогенеза и терапии неврозов. Большое значение для развития проблемы психогенных реактивных состояний имело то обстоятельство, что И. П. Павловым и его сотрудниками была доказана возможность вызвать у животных экспериментальные неврозы; в условиях физиологического эксперимента были вскрыты основные патогенетические механизмы неврозов и найдены способы их лечения.

Путем специально поставленных экспериментов на животных удалось вызвать те формы функциональных нарушений высшей нервной деятельности, которые И. П. Павлов счел возможным назвать «неврозом». Были вскрыты три условия возникновения неврозов: 1) применение чрезвычайно сильных раздражителей (перенапряжение раздражительного процесса); 2) перенапряжение тормозного процесса; 3) столкновение обоих процессов путем применения условных положительных и отрицательных раздражителей, непосредственно следующих один за другим.

М. К. Петровой удалось получить путем применения различных методов срыва при выработке условных рефлексов у собак состояния, напоминающие различные формы неврозов у людей (фобия высоты и глубины).

Для понимания патофизиологической сущности различных форм психогенных реактивных состояний большое значение приобретают экспериментальные исследования И. П. Павлова и его учеников, посвященные изучению подвижности нервных процессов (явления патологической лабильности и инертности раздражительного и тормозного процессов). Чрезвычайно важным является то, что удалось получить ограниченные очаги застойного возбуждения, названные И. П. Павловым «больными пунктами». Выводы экспериментальных исследований о нарушении подвижности нервных процессов и возникновении изолированных пунктов застойного возбуждения имеют большое значение для физиологического обоснования навязчивых и некоторых ипохондрических и бредовых синдромов.

В дальнейшем, по мере накопления экспериментальных данных по неврозам у животных, И. П. Павлов считал возможным обратиться к анализу невроза у людей. Ставя себе задачу обнаружить сходные механизмы в происхождении невротических состояний у людей на основании данных об экспериментальных неврозах у животных, И. П. Павлов писал о необходимости большой осторожности. Он предполагал, что такие неврозы, как истерия и психастения, возможны только у человека, ибо, по мнению И. П. Павлова, одним из главных патофизиологических механизмов этих неврозов является нарушение нормального взаимодействия двух корковых сигнальных систем — первой и второй.

Понятно, что учение о реактивных состояниях у человека, вопросы их этиологии, патогенеза представляются во много раз сложнее и многообразнее, чем область экспериментальных неврозов у животных. Однако этому совсем не противоречит тот факт, что в патофизиологической сущности тех и других лежат общие закономерности, установленные И. П. Павловым. В концепции неврозов И. П. Павлова клиницист получает естественнонаучное физиологическое обоснование клинических фактов, доказывающее, что психогенные реакции, так же как и физиогенные, имеют свой материальный субстрат в определенных функционально-динамических расстройствах корковой деятельности и всего организма в целом. Таким образом, учение о психогенных реактивных состояниях приобретает прочный теоретический фундамент.

Из этого краткого исторического очерка развития учения о психогенных реакциях можно сделать вывод, что психогенные реакции, так же как и физиогенные, развиваются по определенным физиологическим закономерностям. Однако в настоящее время эти закономерности клиницистами еще мало изучены. Самое определение психогенных реакций еще недостаточно отчетливо, не уточнены сложные причинно-следственные соотношения, имеющие здесь место. Поэтому, прежде чем приступить к изложению клиники, мы считаем целесообразным остановиться на некоторых общих вопросах в области психогенных реакций — вопросах определения понятия, их систематики.

К психогенным реакциям (психогенным реактивным состояниям) [1] относятся те болезненные реакции, в возникнове-

[1] Термины «психогенные реакции» и «психогенные реактивные состояния» мы употребляем как идентичные.

нии и развитии которых психическая травматизация является основным, причинным фактором.

В целях большей конкретизации сказанного важно подчеркнуть еще два момента: 1) не всякая реакция на психическую травму может быть отнесена к группе психогенных реакций, а лишь патологическая реакция, т. е. такая, которая достигает большой силы, что делает данного субъекта не приспособленным на более или менее длительный срок; 2) болезненные состояния, возникающие после психической травмы, отнюдь не всегда могут быть квалифицированы как «психогенные реактивные состояния», так как в клинике нередко наблюдается, что психическая травма (нарушающая функциональную подвижность коры больших полушарий, снижающая ее защитные способности) служит фактором, способствующим развитию психических заболеваний различной природы (инфекционных и токсических психозов, шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии и др.). Нередко психическая травма способствует лишь более ясному обнаружению того патологического процесса, который начался задолго до психической травмы. Важно учесть, что в начальном периоде различных заболеваний создается повышенная чувствительность к психической травматизации.

Следовательно, к психогенным реакциям относятся только те болезненные состояния, в возникновении которых психическая травма служит этиологическим фактором, определяющим не только возникновение болезни, но и симптоматику и течение ее.

Важной особенностью этой группы психических расстройств является то, что индивидуальные особенности личности, тип нервной деятельности (темперамент, характер, уровень развития) здесь играют значительно бо́льшую роль, чем при других болезненных формах. Поэтому так часто у различных субъектов можно наблюдать разные реакции на одну и ту же психическую травму. В то время как у одних людей это психическое воздействие не имеет патогенного значения, у других оно может вызвать болезненное состояние. Повышенная восприимчивость к психическим травмам наблюдается преимущественно у психопатических личностей, у интеллектуально отсталых, у больных с остаточными явлениями после перенесенных мозговых инфекций и травм мозга (т. е. у субъектов, легко возбудимых, внушаемых, эмоционально лабильных, астеничных). Наиболее подвержены психической травме представители слабого типа нервной деятельности и неуравновешенные, возбудимые субъекты.

Из этого, однако, не следует, что здоровые люди не подвержены психической травме. При большой силе и длительности психической травмы психогенные реактивные состояния могут возникнуть у любого человека. Важно лишь подчеркнуть, что в большинстве случаев реакция на психическую травму зависит не только от характера психической травмы, но и от индивидуальных особенностей личности, подвергавшейся травме.

Нередки случаи, когда обычная ситуация, не имеющая ничего патогенного для здорового человека, становится травмирующей только при наличии особого индивидуального

склада либо определенной возрастной фазы развития, либо повышенной ранимости в отношении определенных психогенных факторов (в связи с жизненными и профессиональными трудностями или в связи с аналогичными психогенными воздействиями в прошлом). Следовательно, *степень патогенной значимости психической травмы всегда зависит от ряда условий.*

Одним из важнейших условий усиления патогенной значимости психической травмы является сниженное функциональное состояние коры полушарий в момент воздействия травмы. Этим объясняется, почему нередко для возникновения психогенной реакции требуется еще предварительная так называемая соматическая подготовка (в форме соматического заболевания, перенесенного незадолго до травмы). Существуют психогенные реакции, для которых наличие соматогенного фактора является облигатным условием, так как в этих случаях при отсутствии предварительной соматической подготовки психогенный фактор теряет свое патогенное значение. Поэтому даже у одного и того же лица одна и та же психическая травма может оказать различное влияние в зависимости от его соматического и психического состояния в момент травматизации. Наличие астенического состояния предрасполагает к психической травме. Отсюда понятно, почему так важно учесть вредности, предшествовавшие психической травме (инфекция, травма мозга, физическое и психическое перенапряжение, вынужденная бессонница, недостаток питания и т. д.).

Для того чтобы лучше понять причины и условия возникновения психогенных реакций, необходимо учесть, что степень патогенной значимости какой-либо трудной ситуации для данного субъекта всегда зависит не только от индивидуального склада данного субъекта (типа его нервной деятельности), но главным образом от его общественной и трудовой направленности.

Чем шире общественные интересы данного субъекта, тем меньше эгоцентрических установок, тем легче он переносит личные горести, тем, следовательно, меньше патогенная значимость травмирующей ситуации.

Степень патогенной значимости одного и того же травмирующего фактора зависит и от возрастных особенностей данного субъекта. Наиболее частой причиной психогенной реакции у маленьких детей являются внезапные («чрезвычайные») раздражители устрашающего характера. У маленьких детей имеет значение не только сила раздражителя, но и степень его новизны (неожиданная перемена обстановки). Быстрая смена динамического стереотипа приобретает для них патогенную значимость. У детей старшего возраста причины более разнообразны: трудная ситуация в семье, развод

родителей, появление в семье мачехи или отчима. Частой причиной психогенных реакций для них являются трудная ситуация в школе, неуспеваемость, конфликты с товарищами и т. д.

Вопросы систематики психогенных реакций (реактивных состояний) разработаны недостаточно. В различных руководствах предлагаются различные схемы группировки. Отдельные авторы пытались построить классификацию реактивных состояний на основе какого-либо единого критерия. Так, Крепелин (Kraepelin) предлагал в основу классификации положить этиологический критерий. Всю группу психогенных реакций он разделяет на понопатии (реакции, развившиеся в связи с деятельностью), гомилопатии (реакции, связанные с взаимоотношениями людей), симбантопатии (реакции, возникающие на почве «ударов судьбы»). Однако этиологический принцип, представляющийся всегда очень важным для группировки болезней, в отношении психогенных реактивных состояний трудно осуществим. Причины этих затруднений вполне понятны, если учесть все сказанное выше о роли индивидуальных особенностей личности в возникновении психогенной реакции и формировании ее клинической картины. При некоторых формах психогенных реакций, главным образом при неврозах, роль личностных особенностей имеет иногда решающее значение. Некоторые формы неврозов развиваются преимущественно на фоне врожденной или рано приобретенной нервности.

Развитие невроза навязчивых состояний тесно связано с психастеническим складом личности, тревожно-мнительным характером.

Исходя из клинических данных о большой роли индивидуальных особенностей в происхождении психогенных реакций, некоторые авторы предлагали их делить на две группы в зависимости от того, какому фактору принадлежит преобладающая роль: а) ситуационные (когда реакция определяется только особенностями травмирующей ситуации) и б) личностные.

И этот принцип группировки оказался трудно осуществимым в клинике психогенных реактивных состояний, так как точно разграничить роль ситуации и личности в происхождении реакции иногда чрезвычайно трудно. Эти затруднения объясняются тем, что понятие «личность» является очень широким. Оно включает весь фонд врожденных и приобретенных свойств, уровень развития, жизненно-трудовую установку, сложные общественные взаимоотношения. Другими словами, трудно отделить личность от тех социальных условий, в которых она живет, поэтому «личностное» и «ситуационное» неотделимо, интимно связано друг с другом.

Были сделаны попытки группировать психогенные реакции по патогенетическому принципу [Е. К. Крас-

нушкин, Браун (Braun)]. Так, Браун выделяет три группы. В первой психогенные реакции реализуются в высших уровнях интеллектуальной и волевой деятельности и подвергаются интеллектуальной, сознательной переработке. Во второй — в реализации реакции участвуют более древние виды деятельности: инстинкты, влечения и примитивные эмоции. В третьей группе реакция формируется путем еще более древних, биологически преформированных механизмов (выразительные движения, сосудистые и вегетативные реакции) и не осознается больным.

Е. К. Краснушкин считал, что классифицировать психогенные реакции следует не по синдромам, а по «этажам» личности, с одной стороны, и по биологическим и психопатическим типам личностей — с другой. В соответствии с этим классификационным принципом все психогенные реакции им были разделены на следующие три группы: а) психогенные реакции «глубинной личности» с возможным неблагополучным исходом (изменение темперамента или упадочность личности); б) истерические реакции, занимающие промежуточные место; в) истинные характерогенные реакции.

При группировке психогенных реакций у детей мы не считали возможным ограничиться клинико-описательной характеристикой и стремились найти такой принцип деления, который бы более четко отображал общие патофизиологические закономерности возникновения и развития реакции, ибо при изучении психогенных реакций в детской клинике легче убедиться, что картина их представляет собой не случайный комплекс признаков, поддающихся только психологическому анализу, а закономерное сочетание симптомов, подчиняющихся в своем развитии патофизиологическим закономерностям.

К числу таких общих патофизиологических закономерностей относится зависимость клинических проявлений не только от качества вредности (содержания психической травмы), но и от ее остроты, интенсивности и длительности воздействия, а также от функционального состояния организма (его нервной системы) в данный момент.

Как показали наши наблюдения в области реактивных состояний у детей, эта общая закономерность встречается и клинике психогенных реакций, так же как и физиогенных. Патогенная значимость психической травмы и ее клинические проявления могут быть различными в зависимости от того, действует ли она внезапно и остро или постепенно и длительно. Поэтому мы считали возможным этот общий принцип — влияние интенсивности воздействия — применить как критерий предварительной группировки психогенных реакций у детей.

Прежде чем приступить к дифференциации реактивных состояний по клиническим симптомокомплексам, мы раздели-

ли их на три группы в зависимости от остроты и интенсивности воздействия психической травмы.

Первая группа — острые шоковые (и субшоковые) реакции. Они возникают при наличии остро и внезапно действующей психической травмы и протекают часто на фоне неясного сознания.

Вторая группа — подострые психогенные реакции (психическая травма в этой группе действует не так внезапно, как в первой, чаще подостро). Причиной психогенной реакции является трудная жизненная ситуация, конфликтные переживания. Содержание психической травмы осознается больным и подвергается интеллектуальной переработке. К этой группе относятся основные клинические формы психогенных реакций (как «ситуационные», так и «личностные», по терминологии различных авторов). Их можно назвать «истинной», «ядерной» формой психогенных реакций.

В третьей группе психогенные реактивные состояния возникают постепенно, под влиянием длительной травмирующей ситуации (неразрешимые конфликты, длительная травматизация в связи с неправильным воспитанием) или при повторяющихся психогенных травмах. Клининические проявления в этих случаях нарастают медленно и постепенно, возникают затяжные реактивные состояния, иногда и неправильное формирование характера ребенка.

Между этими тремя группами психогенных реакций нет резкой грани При изучении динамики клинических проявлений патологической реакции можно убедиться, что иа определенных этапах шоковая реакция переходит в «истинную», так как по окончании острого периода травмированный субъект осознает содержание психической травмы и дает на это соответствующую реакцию. Кроме того, в течении каждой подострой реакции может наступить период резкого обострения, в котором всегда можно обиаружить элементы шокового характера.

Нет резкой грани между первыми двумя группами психогенной реакции и третьей, ибо как острые, так и подострые реакции не всегда заканчиваются полным выздоровлением. Возможны остаточные явления, которые служат исходным пунктом для формирования затяжных реактивных состояний или патологического развития личности.

Дифференциация психогенных реакций в зависимости от остроты воздействия психической травмы находит свое научное обоснование в учении И. П. Павлова об экспериментальных неврозах. Как известно, И. П. Павлов выделил две различные группы причин неврозов: 1) чрезвычайный раздражитель, непосильный для данной нервной системы, и 2) «трудные задачи». Чрезвычайный раздражитель соответствует острому внезапному шоковому воздействию, и быстро наступает более или менее интенсивное и экстенсивное торможение корковой деятельности. Реакция остается неосознанной. Патогенный фактор, называемый И. П. Павловым «трудные задачи», не оказывает такого бурного, внезапного действия. Перенапряжение нервных процессов (особенно тормозного) нарастает

постепенно. Здесь нет такого острого срыва нервной деятельности. Содержание психической травмы осознается.

Деление психогенных реактивных состояний на три группы по остроте интенсивности и длительности воздействия вредности ни в коей мере не может рассматриваться как классификация; это — лишь предварительный этап для дальнейшей систематики реактивных состояний. Каждая психогенная реакция имеет свое качественное своеобразие в зависимости от характера и содержания психической травмы и от индивидуальных свойств данного субъекта. Поэтому внутри каждой из этих трех групп должна быть проведена дальнейшая дифференциация психогенных реакций по принципу ведущих клинических симптомокомплексов.

Так, в первой группе психогенных шоковых (и субшоковых) реакций следует различать: а) состояние страха с двигательным возбуждением при суженном состоянии сознания (психогенные сумеречные состояния); б) психогенный (эмоциогенный) ступор; в) более элементарные реакции, выражающиеся лишь в отдельных симптомах или синдромах (моносимптоматические формы), очень часто встречающиеся у детей и подростков наряду с выраженными, клинически очерченными формами психогенных шоковых реакций. К ним относятся: расстройства речи (мутизм, заикание), параличи и парезы отдельных двигательных функций, гиперкинезы (дрожание, тики, хореиформные движения), функциональные нарушения внутренних органов, потеря навыков опрятности (энурез), расстройство сна (ночные страхи и снохождения).

Во второй группе психогенных реакций (где содержание психической травмы подвергается дальнейшей переработке) наблюдаются более разнообразные клинически очерченные симптомокомплексы.

Реактивные состояния могут проявляться в форме: депрессии — реактивная депрессия; параноида — реактивные параноиды; астении — неврастения; страха и тревожного ожидания — невроз страха; истерических реакций — истерический невроз.

В связи с возрастными особенностями высшей нервной деятельности ребенка в этой группе реактивных состояний наблюдаются особые формы психогенных реакций, встречающиеся преимущественно у детей и подростков. К ним относятся так называемые реакции протеста и различные формы моносимптоматических неврозов с вегетативно-соматическими расстройствами, двигательными и речевыми нарушениями (психогенная анорексия, привычная рвота, ночные страхи, энурез, насильственный кашель, заикание, тик и др.).

В третьей группе реактивные состояния, возникающие под влиянием длительных и повторных психических травм, принимают затяжное течение — так называемые пролонгированные неврозы — невроз навязчивых состояний,

ипохондрическое развитие, астеническое и истерическое развитие. У детей при длительной психической травматизации наблюдаются различные типы неправильного формирования характера.

При систематике отдельных клинических разновидностей внутри каждой из трех групп психогенных реактивных состояний мы исходили главным образом из клинико-описательных данных. Однако есть все основания предполагать, что в дальнейшем по мере все большего внедрения в клинику пограничных форм патофизиологических методик обследования удастся провести дифференциацию отдельных форм внутри каждой группы по патогенетическому признаку. И в настоящее время некоторые из перечисленных выше клинических вариантов могут рассматриваться как структурное целое, характеризующееся не только единством клинических проявлений, но и общностью патофизиологической основы. Патофизиологическое обоснование структурного единства каждой из таких форм, как неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний, невроз страха, было представлено в учении И. П. Павлова о неврозах у животных и человека.

Клиническое единство той или другой разновидности психогенных реакций — той или другой формы невроза — определяется еще и тем, что каждая из них, во-первых, чаще встречается у определенного типа личностей и, во-вторых, возникает под влиянием более или менее типичной травмирующей ситуации.

Предварительная группировка реактивных состояний на основе критерия остроты воздействия психической травмы нам представляется рациональной еще и потому, что этот принцип деления хорошо коррелирует с другими классификационными схемами.

В. Н. Мясищев также выделяет различные формы невроза в зависимости от остроты их возникновения. По его мнению, психическая травма может вызвать острое нарушение высшей нервной деятельности, острый срыв, который автор называет «реактивным неврозом». Вторая форма характеризуется им как «невроз развития» — образование патологических стереотипов в неблагоприятных условиях перераздражения, подавления или изнеживания.

Разграничение психогенных реакций по принципу степени остроты и интенсивности совпадает с группировкой реактивных состояний в зависимости от участия различных функциональных уровней нервной системы в реализации психогенной реакции. При остром внезапном воздействии в оформлении реакции участвуют обычно более древние функциональные уровни нервной системы. По мере уменьшения интенсивности психической травмы для реализации психогенной реакции вовлекаются все более высокие уровни нервной системы.

Реакция становится осознанной, «характерогенной», по Е. К. Краснушкину.

Группировка психогенных реакций по принципу степени остроты и интенсивности совпадает также с теми критериями, в основу которых положено соотношение ситуационных и личностных моментов. Чем острее и внезапнее действует психическая травма, тем меньшую роль играют специфичность ситуации и личностные особенности. При уменьшении массивности и остроты психической травмы особенности травмирующей ситуации и индивидуальный склад личности приобретают все бо́льшую роль в формировании клинической картины реакции.

Преимущество такой предварительной группировки реактивных состояний мы видим и в том, что она облегчает понимание не только различий, но и единства всей группы реактивных состояний. Несмотря на существенные качественные различия, все три клинические разновидности имеют общее ядро. Красной нитью, связывающей все разновидности психогенных реактивных состояний, является тяжелая, гнетущая эмоция, вызывающая перенапряжение нервных процессов и нарушение их подвижности. Тем самым старый спор о том, можно ли включать в группу психогенных реактивных состояний острые психические шоковые реакции, разрешается положительно. Характерный для эмоциональной шоковой реакции элемент «эмоционального потрясения» в большей или меньшей степени выражен во всякой психогенной реакции.

Необходимость такого предварительного этапа группировки психогенных реактивных состояний диктуется и практическими соображениями. При предварительной группировке реактивных состояний на основе физиологического критерия (степени остроты и интенсивности воздействия патогенного раздражителя) не только легче подойти к пониманию патофизиологической сущности клинических различий реактивных состояний, но и выбрать более рациональные методы их лечения. В пользу этого говорят клинические факты, доказывающие, что одни и те же клинические симптомокомплексы могут отмечаться и в картине шоковой реакции, возникшей под влиянием массивной и внезапной психической травмы и при истерической реакции, обусловленной трудной жизненной ситуацией. При той и другой клинических формах психогенных реакций наблюдаются ступорозные и сумеречные состояния, функциональные параличи, глухонемота, судорожные припадки, гиперкинезы и др. Однако лечебное воздействие должно быть совершенно различным в зависимости от того, наблюдаются ли эти синдромы при шоковой или истерической реакции. При шоковой реакции необходим покой, иногда лечение сном. При истерической реакции основным является постепенное включение в деятельность, перевоспитание лично-

сти, изменение жизненных установок, иногда лечение гипнозом.

Подчеркивая значение физиологических закономерностей в развитии психогенных реактивных состояний, мы в то же время считаем необходимым указать на важность тщательного психопатологического анализа в каждом конкретном случае. Для того чтобы правильно оценить клинические проявления реактивного состояния и назначить правильное лечение, нужно установить, в чем основное звено болезненного переживания больного. Поэтому необходимо хорошо изучить особенности травмирующей ситуации, собрать подробные сведения о прошлой жизни больного, об окружающей его среде, об условиях воспитания, его общественной и трудовой направленности. В отдельных случаях данные о социальной характеристике больного являются решающими для понимания сущности реактивного состояния и его лечения. В конечном счете терапевтический прогноз очень тесно связан со степенью развития общественного сознания данного больного. Чем больше он связан с коллективом, тем легче перевоспитание личности.

В лекциях, посвященных клинике и терапии реактивных состояний у детей и подростков, мы ставили следующие задачи. Во-первых, показать, что, несмотря на большое разнообразие клинических проявлений психогенных реакций и множественность факторов, участвующих в их формировании, каждая клиническая разновидность представляет собой не случайный комплекс отдельных признаков, а закономерное сочетание определенных симптомов. Во-вторых, мы стремились подчеркнуть, какое большое значение имеют возрастные особенности ребенка и подростка в возникновении той или иной формы психогенной реакции и в ее клинической картине.

Соответственно этим двум задачам курс клинических лекций о реактивных состояниях делится на две части. В первой части описываются клинические разновидности реактивных состояний, которые наблюдаются как у детей, так и у взрослых. Вторая часть посвящена изложению клиники преимущественных форм психогенных реакций у детей и подростков.

Лекция 2

ОСТРЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ ШОКОВОГО И СУБШОКОВОГО ХАРАКТЕРА

Клиника шоковых реакций на психическую травму в детском возрасте была представлена в ряде исследований советских авторов. А. И. Винокурова и Т. П. Симсон описали особенности шоковых реакций у детей при землетрясении в Крыму. А. И. Плотичер, А. М. Фурманов, Я. М. Езерский изучали динамику клинических проявлений шоковых реакций большой группы детей, получивших психическую травму в связи с пожаром в кино.

Литература о шоковых реакциях у детей значительно обогатилась исследованиями в годы Великой Отечественной войны. Этому вопросу были посвящены работы нескольких коллективов детских клиник и диспансеров (Т. П. Симсон, В. П. Кудрявцева, А. Г. Иванов-Смоленский, Р. А. Морген, И. Д. Косая, Е. А. Осипова, А. И. Голубева, Е. С. Гребельская, М. С. Певзнер, Е. Е. Сканави, Г. Е. Сухарева). Во всех исследованиях подчеркивалось, что дети оказались менее выносливыми к массивным психическим травмам военного времени, чем взрослые, причем шоковые реакции оказались наиболее частыми у детей дошкольного возраста.

И в мирное время шоковые реакции также встречаются у детей младшего детского возраста относительно чаще других форм психогенных реакций. Острые и внезапно действующие раздражители являются для детей наиболее патогенными; ребенок может считать угрожающим для себя только то, что он непосредственно видит и чувствует, будущая опасность еще им не учитывается в полной мере.

Относительную частоту шоковых реакций у детей младшего возраста можно объяснить функциональной незрелостью коры больших полушарий, несовершенством процесса активного торможения, повышенной иррадиацией как раздражительного, так и тормозного процессов. Под влиянием чрезвычайного для данной нервной системы раздражителя остро возникает тормозное состояние в коре больших полушарий, достигающее различной степени интенсивности и экстенсивности.

Патогенными раздражителями для маленького ребенка могут быть самые безобидные факты: вид собаки или других домашних животных, появление незнакомого человека, громкий крик, свисток паровоза, драка взрослых; иногда в этом же плане действует и устрашающий рассказ взрослого.

Причиной шоковой реакции у детей может служить и неожиданная перемена обстановки. Помещение ребенка в ясли или детский сад иногда вызывает патологическую реакцию в форме ступора, мутизма, заикания, отказа от еды, нарушения навыков опрятности.

Эти клинические факты находят свое патофизиологическое обоснование в исследованиях И. П. Павлова об экспериментальных неврозах. Им было указано на большое патогенное значение внезапного нарушения прочно установленного динамического стереотипа. На большую роль внезапной смены динамического стереотипа в генезе невроза у животных указал и П. С. Купалов.

Физиологическими особенностями динамики нервных процессов в коре больших полушарий объясняется не только частота шоковых реакций, но и формирование их картины. В клинической картине шоковой реакции в начальной стадии основным симптомом является страх. Обычно это панический инстинктивный страх. При более массивном и остро действующем раздражителе всегда имеется нарушение сознания на более или менее длительный срок, чаще по типу сумеречного расстройства сознания, когда ребенок совершает ряд действий, о которых в дальнейшем не помнит или сохраняет лишь отрывочные воспоминания. Наблюдаются также сенсорная гиперестезия, иллюзорные и галлюцинаторные переживания, сопровождающиеся иногда нестойкими бредовыми идеями. Страх является не только основным симптомом острой стадии шоковой реакции, но отмечается и в последующих стадиях в виде дневных или ночных приступов. Всякая ситуация, напоминающая травмирующее переживание, приводит по механизму патологически упрочившейся условной связи к обострению приступов страха.

Наряду с эмоциональными нарушениями наблюдаются и психомоторные расстройства в форме двигательного возбуждения или торможения.

Психомоторное возбуждение проявляется в повышенной суетливости, бесцельных движениях, напоминающих картину панического бегства (так называемой двигательной бури). Дети мечутся, громко кричат, не реагируют на задаваемые им вопросы. Пароксизмы двигательного возбуждения с бессмысленными побегами («спасаться от опасности») нередко отмечаются еще и в последующих фазах шоковой реакции. Эти пароксизмы чаще наблюдались у детей старшего возраста.

Двигательное возбуждение может проявляться и в более элементарных двигательных разрядах по типу истероформных или эпилептиформных припадков или в форме локализованных гиперкинезов (дрожание, тики, хореиформные движения).

Двигательная заторможенность также может достигнуть различной степени глубины и распространенности. Реакция торможения в ответ на неприятное, внушающее страх воздействие особенно характерна для детей раннего возраста. Торможение здесь носит тотальный характер — дети сразу «цепенеют», застывают в одной позе (реакция так называемой мнимой смерти).

У детей старшего возраста в патологической шоковой реакции на психическую травму торможение может проявиться в более сложных ступорозных и кататоноподобных состояниях с отказом от еды, с расстройствами аффективной сферы (страх, тревога, подавленность). При менее интенсивном шоковом воздействии чаще отмечается лишь парциальное торможение *в форме временного выпадения отдельных двигательных функций* («отнялись ноги», «не подчиняется язык», «не действует рука» и т. д.). Характерно, что чаще торможению подвергаются филогенетически более молодые системы и функции и прежде всего функции речи. Мутизм после психической травмы является у маленького ребенка наиболее частой формой шоковой реакции. И у детей старшего возраста психогенная немота (а иногда и глухонемота) принадлежит к числу нередких симптомов. В зависимости от возраста ребенка, подвергшегося психической травматизации, клиническая картина реакции может быть более или менее сложной.

Приведем два клинических примера шоковой реакции у детей различного возраста. В первом примере реакция характеризуется элементарностью, моносимптомностью; во втором — психопатологические симптомы значительно более разнообразны.

Ребенок $2^1/_2$ лет, у которого ранее не было каких-либо отклонений от нормы в физическом и психическом развитии, однажды был случайно заперт в комнате, так как дверь с английским замком нечаянно захлопнулась, а ключ остался в комнате. Поднялась суматоха и паника среди взрослых (по ту сторону закрытой двери). Ребенок стал громко кричать. Прошло около часа, пока слесарю удалось открыть дверь. Когда родные вошли в комнату, ребенок был бледен, дрожал, не мог выговорить ни одного слова. С тех пор прошло уже 3 месяца, но ребенок еще не говорит и объясняется только жестами. Обращенную к нему речь хорошо понимает и инструкции выполняет правильно. Одновременно с этим стал более пугливым, капризным; нарушился аппетит, сон стал тревожным.

Второй больной — подросток 16 лет. Из его истории болезни известно, что он происходит из наследственно не отягощенной семьи; физическое развитие было нормально, из болезней перенес корь и коклюш без мозговых осложнений. По характеру спокойный, ласковый, заботливый. В школу пошел в возрасте 8 лет, учение давалось с трудом. В первом классе остался на второй год. Окончил 4 класса, после чего был переведен в ремесленное училище. Последнее время часто уставал после занятий, жаловался

на боль и шум в голове. За неделю до поступления в клинику мальчик подвергся нападению пьяных хулиганов, грозивших ему избиением. Он испугался, убежал от них. Когда вернулся домой, не мог говорить, объяснялся с матерью только письменно, был плаксивым, раздражительным, отказывался ходить на работу, все время проводил в постели, ни с кем не общался, ничем не интересовался. К врачу пошел охотно, согласился на стационирование.

При поступлении в клинику психическое состояние мальчика было следующим: однообразная вялая мимика, страдальческое выражение лица, движения медленные, сидит на одном и том же месте, не меняя позы, взгляд устремлен вдаль, редко мигает, часто без внешней причины краснеет. В контакт с врачом вступает легко, но на все вопросы дает ответы лишь в письменной форме. Считает себя больным: «болят голова, грудь, руки». Связывает свое заболевание с психической травмой: испугался хулиганов, угрожавших избить. Подробности плохо помнит, знает лишь, что сразу убежал на чердак. Уже сидя на чердаке заметил, что не может говорить. Когда вернулся к матери, не мог ответить на ее вопросы. Мальчик очень эмотивен, плаксив, особенно когда вспоминает о матери. Насколько можно судить по письменным ответам мальчика, интеллект его невысок, круг сведеиий узок, запас школьных знаний мал. Счет в пределах первой сотни замедлен, частые ошибки.

Соматическое состояние: рост соответствует возрасту, кожа сухая, дряблая. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. В неврологическом состоянии (со стороны анимальной нервной системы), кроме повышения сухожильных рефлексов, отклонений от нормы не отмечается. Обращают на себя внимание усиленные вегетативные реакции: бледное, с небольшой сальностью лицо, потливость рук, цианоз конечностей, тремор век и языка. При исследовании крови, спинномозговой жидкости и мочи отклонений от нормы не обнаружено.

Мальчику была назначена растормаживающая терапия (внутривенное вливание 33% спирта по 20—30 мл ежедневно). После второй инъекции мальчик ответил старшей сестре громким голосом. После этого стал говорить свободно. В первый день после восстановления речи был несколько эйфоричен, многоречив, проявляя повышенную самооценку, уверял врача, что он учится хорошо, сдал все экзамены. На следующий день более спокоен, состояние хорошее. Через 2 недели был выписан из клиники в хорошем состоянии.

В приведенных двух клинических примерах объединяющим признаком является торможение функции речи под влиянием внезапного психического воздействия. У маленького ребенка эта функция еще более хрупка, и торможение носит более стойкий характер. Что касается реакции личности на психическую травму, то у подростка она значительно сложнее (подавленное настроение, эмоциогенное субступорозное состояние).

Наряду с расстройством речи (мутизм, афония, заикание) к числу более частых проявлений шоковой реакции у детей можно отнести астазию-абазию (неумение стоять и ходить при сохранности двигательных функций). Нередко встречаются также изолированные гиперкинезы тикообразного и хореиформного характера, энурез. Нарушение сенсорных функций (зрение, слух) встречается относительно редко.

Явления астазии-абазии у ребенка часто оказываются нестойкими и поддаются психотерапевтическому воздействию.

Девочка 7 лет была доставлена на носилках, так как она не могла ни ходить, ни стоять, лежала с закрытыми глазами, говорила едва слышным

шепотом. Девочка живет с матерью в удовлетворительных условиях; часто подолгу остается одна, так как мать уходит на работу. До настоящего заболевания девочка была здоровой. Из детских инфекций перенесла лишь корь, осложненную пневмонией. Раннее развитие было нормальным. Начало заболевание описывается следующим образом. В отсутствии матери в комнату вбежала психически больная соседка, ударила и толкнула ногой игравшую на полу девочку. Когда пришла мать, девочка «вся тряслась», была бледна, не могла говорить, повторяла лишь «мама». Мать взяла девочку на руки, стараясь ее успокоить. В это время снова вбежала соседка, стала царапать лицо матери. Когда соседку увели, девочку уложили в постель; она была бледна, дрожала, сознание было помрачено. Ночь спала тревожно, вскрикивала, упустила мочу. Утром температура была 39°, девочка лежала с закрытыми глазами, боялась их открыть, так как ей казалось, что ее бьет соседка. К вечеру температура упала, но девочка продолжала лежать, отказывалась вставать и ходить, повторяя: «она меня убьет». Речь была беззвучной, девочка плакала, отказывалась от еды. В течение 2 недель у девочки оставалась боязнь соседки, она не вставала с постели, говорила шепотом, отказывалась открывать глаза.

В момент поступления в клинику не может ходить и стоять, глаза закрыты, на вопросы не отвечает, на повторное предложение назвать свое имя отвечает беззвучно, на предложение открыть глаза возражает: «боюсь, меня тетенька будет бить». В беседе с врачом постепенно успокаивается, по его предложению становится на ноги и открывает глаза. При его помощи входит в отделение, робко отвечает беззвучным голосом. После однодневного пребывания в детском коллективе стала неузнаваемой. Мимика живая и выразительная, часто улыбается, суетлива. Доступна, знает, что приехала в санаторий лечиться. Объясняет, что дома не ходила, так как боялась соседки. Считает себя веселой, любит плясать, петь. Речь в пределах конкретного, правильная. Общий запас сведений мал, внушаема. В детском коллективе общительна, жизнерадостна, участвует в общих играх детей. Пребыванием в клинике довольна, боится возвращения домой.

Физическое состояние: гидроцефалическая форма черепа, питание пониженное, внутренние органы без отклонений. Неврологическое состояние: со стороны анимальной нервной системы отклонений нет. При исследовании вегетативной нервной системы обнаружен местный гипергидроз в области носа, яркая игра вазомоторов, извращенный рефлекс Чермака, резкая тахикардия. Отсутствует адаптация к боли с обеих сторон. Резко удлинено время вызванного белого дермографизма и значительно укорочено время красного. Усиленная реакция на адреналин. Понижен вкус на соленое и сладкое. Резко пониженная резистентность капиллярной стенки.

Из приведенного примера видно, что в клинической картине шоковой реакции наряду с психопатологическими симптомами (помраченное сознание, страхи, астазия-абазия) большое место занимают и вегетативно-соматические расстройства (повышение температуры до 39°, энурез). Нарушения со стороны вазомоторного аппарата, понижение резистентности капиллярной стенки, местный гипергидроз наблюдались у больной даже тогда, когда ее психическое состояние значительно улучшилось.

Преобладание в картине шоковой реакции двигательных и вегетативно-соматических расстройств в детском возрасте является закономерным.

В клинической картине данной больной обращает внимание и динамичность болезненных проявлений, их быстрая обратимость при поступлении девочки в клинику.

Течение психической шоковой реакции у детей в большинстве случаев характеризуется благоприятным исходом. Острая реакция на психическую травму продолжается в течение нескольких дней, реже недель и после более или менее длительного последовательного периода (с картиной астении и эмоциональной или сенсорной гиперестезии) заканчивается выздоровлением.

Однако в отдельных случаях течение патологической реакции может принять и более длительный характер. При анализе клинической картины этих случаев с более затяжным течением отчетливо выступает тот факт, что порядок смены отдельных симптомов в клинической картине психической шоковой реакции не случаен, а закономерен. В клинической картине можно отметить определенную **фазность**, причем каждая фаза имеет свою характерную психопатологическую и соматическую симптоматику. Схематически можно выделить три фазы.

Первая, острая, фаза, обусловленная быстро развивающимся торможением кортикальной активности, клинически выражается расстройством сознания, эмоциональным перевозбуждением, страхами и явлениями психомоторного торможения или возбуждения. Наряду с психопатологическими симптомами в каждом отдельном случае отмечаются вегетативно-соматические нарушения, двигательные и речевые расстройства. В зависимости от интенсивности и остроты воздействия психического фактора эти нарушения могут привести к более или менее серьезным расстройствам иннервационных соотношений, особенно у детей младшего возраста. Характерен внешний вид этих детей: бледное лицо, широкие зрачки, замедленный пульс, потливость, цианоз конечностей, зябкость, озноб, повышение температуры. В некоторых случаях отмечаются расстройства желудочно-кишечных функций и мочеотделения.

Для того чтобы более наглядно представить картину острой, непосредственной, реакции на психический шок у детей, приведем примеры из работы А. И. Плотичера.

После острой психической травмы (пожар в кино с последующей паникой) мальчик 7 лет прибежал домой в слезах, тяжело дыша и плача. На расспросы о случившемся в первое время не мог вымолвить ни слова. Затем рассказал о случившемся крайне путанно и заикаясь. Температура тела оказалась 38°, был озноб; всю ночь спал беспокойно, вздрагивал, вскакивал с постели, обливался холодным потом, кричал: «где мама?». Дважды ночью было недержание мочи. На следующий день заикание, рвота, понос. Бледен, жалуется на головную боль, много пьет, отказывается от еды, сильно потеет, тревожен и вял, боится оставаться один в комнате, часто вздрагивает.

Неврологический статус: общее двигательное беспокойство, тремор языка, феномен Ашнера 96/8; ортостатическая тахикардия: 96/120; клиностатическая брадикардия: 120/92. Стойкий разлитой розовый дермографизм В дальнейшем в течение нескольких дней все симптомы постепенно сходят на нет.

В другом случае в связи с тем же психическим шоком (пожар) девочка 8 лет прибежала домой бледная, руки и ноги дрожали. Отмечалось

непроизвольное отделение мочи и кала, температура 38,5° в течение суток, сон тревожный гипнагогические галлюцинации. В течение нескольких дней сильная диарея, в дальнейшем сменившаяся запорами. Сухость во рту, отсутствие аппетита, афония. Первое время после этого девочка эмоционально лабильна, капризна, негативистична. Неврологический статус: дрожание пальцев вытянутых рук, диффузная кожная гиперестезия, разлитой нестойкий дермографизм.

В клинической картине реакции на психический шок у этих двух детей обращает на себя внимание массивность расстройств висцеральных и двигательных функций, обусловленных нарушением центральных регуляторных механизмов, тогда как психопатологические симптомы были нерезко выражены.

Наиболее часто под влиянием острого эмоциогенного воздействия нарушается регуляция сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта; у детей младшего возраста чаще наблюдаются рвота, понос, запоры, анорексия. Нередко встречается ослабление сфинктеров. У детей старшего возраста чаще отмечается расстройство сердечно-сосудистой деятельности (тахикардия, брадикардия, обмороки, похолодание конечностей, цианоз). Независимо от возраста больного частым симптомом является нарушение сна (бессонница, сонливость, ночные страхи, снохождение). У многих детей наблюдаются также резкая потливость, зябкость, повышенная жажда, сыпи, повышенная температура и другие признаки нарушения функции вегетативной нервной системы.

В отличие от первой фазы шоковой реакции, в которой чаще доминируют явления возбуждения, для клинической картины второй фазы более характерны явления угнетения. У детей старшего возраста на фоне общей астении с нарушением умственной и физической работоспособности во второй фазе отмечается состояние депрессии с суицидальными попытками, немотивированные страхи, ипохондрические высказывания, подозрительность, идеи отношения. У детей младшего возраста уже и в этом периоде нередко наблюдаются явления двигательного и аффективного расторможения с картиной психопатоподобного поведения. Дети становятся грубыми, импульсивными, раздражительными. У некоторых из них отмечается наклонность к побегам и бродяжничеству. Все эти психопатические явления не следует рассматривать как более или менее стойкое патологическое развитие личности, так как они преходящи. Возникшие в острой фазе речевые и двигательные расстройства продолжаются и в подострой фазе и нередко являются причиной вторичной, психогенной реакции личности на свою неполноценность. В этом периоде дети и подростки тяжело переживают отмечающееся у них снижение школьной успеваемости, ослабление памяти, неустойчивость внимания, повышенную утомляемость, частые головные боли.

С картиной второй фазы психогенной шоковой реакции можно познакомиться на следующем примере.

Девочка 14 лет поступила в стационар в 1945 г. Всегда росла здоровой, веселой; происходит из наследственно не отягощенной семьи.

В годы Великой Отечественной войны жила в оккупированной немцами области. Перед отступлением немцев вместе с другими односельчанами была загнана в избу, которую фашисты потом подожгли. Девочка была выброшена из окна в бессознательном состоянии. Придя в себя, бежала под пулеметным огнем, видела трупы расстрелянных односельчан. О состоянии девочки в первое время после всего пережитого сведений нет. Через 3 месяца после приезда в Москву к родным девочка была еще растеряна, тосклива, много плакала, особенно при воспоминании о пережитом. Была раздражительна, капризна, испытывала постоянный страх за мать и братьев. Появились затруднения в учебе, тогда как до этого девочка училась хорошо. В связи со всем этим девочка была направлена для лечения в клинику.

При поступлении девочка обращает на себя внимание подавленностью настроения. Когда рассказывает о прошлом, сразу начинает плакать. Ей кажется, что мать непременно погибнет, братья не вернутся с фронта, а маленькая сестренка упадет в колодец. Отмечает, что стала рассеянной, плохо соображает, кажется, что дети над ней смеются, считают ее дурочкой, отчего еще больше робеет и теряется. По физическому развитию девочка отстает от возраста, вторичные половые признаки едва намечаются, менструации отсутствуют, питание пониженное, кожа бледная, аппетит плохой Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Со стороны нервной системы отмечаются лишь усиленные вазомоторные реакции. Через месяц после проведенной гидротерапии (теплые ванны) и применения общеукрепляющих средств (рыбий жир, железо, фосфор) самочувствие девочки значительно улучшилось, она охотно общалась с подругами, участвовала в классных занятиях, стала менее плаксивой, тревожность и подозрительность исчезли. Выписана в хорошем состоянии.

Как явствует из приведенного примера, последняя, третья, фаза характеризуется постепенным улучшением и переходом к здоровому состоянию. Однако в течение более или менее длительного времени у ребенка еще отмечаются явления раздражительной слабости, астении, лабильности настроения и повышенной чувствительности ко всяким внешним раздражителям. Ребенок вздрагивает от всякого шума, всего боится, нередко наблюдаются и более выраженные приступы дневного и ночного страха. Последние особенно резко выражены тогда, когда окружающая обстановка напоминает ребенку травмировавшую ситуацию. В содержании приступов ночного страха находит свое отражение событие, бывшее источником психической травмы.

В третьей фазе нередко отмечается нарушение поведения, которое при неблагоприятной обстановке и при недостаточном внимании взрослых может послужить началом для патологического развития личности. Ребенок становится капризным, раздражительным, грубым, двигательно беспокойным. Реже наблюдается изменение характера противоположного типа: вялость, апатия, потеря жизнерадостности, робость, застенчивость; ребенок уходит в себя, замыкается от окружающего мира, неохотно говорит о травмирующих его переживаниях. Некоторые из этих детей производят впечатление «маленьких старичков», вялых, апатичных резонеров. Отмечается также

снижение успеваемости. Дети становятся невнимательными, медленно соображают, хуже запоминают прочитанное, с трудом фиксируют внимание. Изредка еще и в этом периоде наблюдаются сомато-вегетативные расстройства — нарушение сна, аппетита и двигательные нарушения — тик, дрожание, энурез, заикание. Энурез и заикание — наиболее стойкие остаточные явления.

Обследование вегетативной нервной системы у этих детей (произведенное в клинике В. Я. Деяновым) обнаруживает ряд симптомов, указывающих на нарушение центральной регуляции функций вегетативной нервной системы, характеризующееся извращением сердечно-сосудистых рефлексов, их асимметрией, альгическими симптомами, различными кожно-вегетативными и вегетативно-сенсорными проявлениями.

В период выздоровления у подростков и у детей старшего возраста нередко наблюдаются конфликтные переживания в связи с сознанием своей неполноценности. В отдельных случаях можно отметить желание использовать болезненные симптомы в целях защиты как средство уйти от неприятной для них жизненной ситуации. Иначе говоря, психогенная шоковая реакция приводит к изменению адаптационных механизмов, к повышению чувствительности в отношении различных психических травм. При наличии определенных неблагоприятных условий, плохой обстановке, неправильном поведении окружающих взрослых перенесенная шоковая травма приводит в дальнейшем к новым патологическим реакциям, носящим уже целевой характер, к известной «истеризации» психики.

Наглядным примером может служить следующая история болезни.

Девочка 12 лет. За 2 года до поступления в клинику перенесла психогенную реакцию субшокового характера. В конце 1941 г. девочка находилась в тяжелых условиях немецкой оккупации 4 месяца, в течение которых неоднократно подвергалась тяжелой психической травматизации. Девочка панически боялась фашистов, целыми днями сидела, уткнувшись лицом в стену, дрожа всем телом. Ей неоднократно приходилось присутствовать при расстрелах и видеть трупы повешенных. При отступлении фашисты грабили имущество, все сожгли, в том числе избу, в которой жила девочка. В течение года жили в землянке, голодали. В начале 1943 г. девочка вместе с односельчанами пошла пешком в Москву; 270 км шли полторы недели. Была плохо одета и обута, отморозила пальцы на ногах, кормилась подаянием. Пришла такой истощенной, что мать ее с трудом узнала. Была печальной и задумчивой, много плакала. Жаловалась на боли в различных частях тела, хотя обследовавшие ее врачи никаких заболеваний не обнаруживали. Появились страхи, боялась темноты, одиночества, сон был тревожным, по ночам вскрикивала, иногда бывали снохождения.

Такое состояние продолжалось в течение года. Постепенно девочка стала несколько спокойнее, поступила в школу, но учение давалось ей с трудом. Была очень рассеянной, забывчивой, не по возрасту «ребячливой», вела себя в школе, как дошкольница, общалась с маленькими детьми, временами была расторможена, смеялась, прыгала. В школе стала отставать в учебе, ссорилась с детьми, педагогами. Обвиняла учительницу, что та ее плохо учит, была очень травмирована своей неуспеваемостью.

Поводом для стационирования ее в клинику послужил следующий факт. С утра встала и заявила матери, что какой-то комок мешает ей в горле, душит ее, отчего ей трудно говорить громко (накануне девочка очень много плакала из-за ссоры с братом). На следующий день, несмотря на эти жалобы, девочка пошла в школу, где потеряла деньги, данные ей матерью на книги. С тех пор перестала громко говорить, голос стал беззвучным. По поводу афонии лечилась в течение 2 месяцев у различных специалистов, но безуспешно.

Анамнестические данные устанавливают, что раннее психическое и физическое развитие девочки было нормальным. В дальнейшем перенесла ряд инфекций: корь, скарлатину, часто болела гриппом, считалась «физически слабенькой». В школе училась удовлетворительно.

В физическом состоянии девочки во время поступления в клинику отмечается отсталость роста (рост 9-летнего ребенка); питание понижено, кожа бледная, в легких рассеянные сухие хрипы; в остальном со стороны внутренних органов отклонений от нормы не наблюдается. В неврологическом статусе, кроме усиленных вегетативных реакций, отклонений нет. По заключению ларинголога, у девочки имеется «слабость голосовых связок функционального происхождения».

Исследования крови и спинномозговой жидкости отклонений от нормы не обнаружили.

Психическое состояние в момент поступления: скорбное выражение лица, мимика не по возрасту инфантильна, говорит шепотом. Сообщает врачу, что после ссоры с братом почувствовала в горле какой-то комок, мешавший ей говорить. На следующий день, когда в школе потеряла деньги, совсем перестала говорить громко. Считает себя нервной со времени пребывания в оккупации у фашистов. Очень боялась их, так как они бесчинствовали в деревне. Теперь иногда мерещатся «повешенные люди», «горящие избы». Интеллектуальное развитие невысокое. Интересы детские, примитивные. Суждения поверхностны. Отвлеченные задачи решает с трудом. Настроение лабильное, легко плачет, но быстро удается ее успокоить.

Уже через несколько дней после поступления в клинику стала более веселой, спокойной; временами, при эмоциональном подъеме, речь становится звучной. Так, однажды закричала катающейся с горки девочке. «Осторожно!». Поведение правильное, принимает участие в школьных занятиях, но часто жалуется на головные боли. Однажды во время дежурства по столовой увидела, что одна девочка взяла не полагавшуюся ей порцию хлеба, и громко закричала: «Не трогай!». С тех пор стала говорить громко. В дальнейшем жалоб не предъявляла, подчинялась режиму отделения Была выписана в хорошем состоянии.

В клинической картине патологического состояния данной больной следует различать два этапа: первый относится ко времени пребывания девочки в немецкой оккупации, когда девочка перенесла субшоковую реакцию, проявлявшуюся в постоянной тревоге, страхах и расстройстве сна.

Вторая патологическая реакция по своему характеру значительно отличается от первой: она связана не с острой психической травмой, а с длительно травмирующей ситуацией. Несмотря на то, что последняя реакция также как будто возникла остро в связи с неприятными переживаниями (ссора с братом, потеря денег), нетрудно доказать, что в генезе ее играют роль и более длительные переживания конфликтного характера. Следует учесть, что девочка стала плохо учиться в школе и все время была очень травмирована школьными неудачами. Афония является для нее и защитной реакцией,

спасающей ее от трудной ситуации — положения отстающей в школе ученицы. Таким образом, вторая психогенная реакция развивается по типу истерической реакции.

Несмотря на качественное различие этих двух патологических состояний, генетическая связь между ними несомненна. Перенесенная в прошлом психическая травма не прошла бесследно, она нарушила сопротивляемость больной, повысила ее чувствительность к другим психогенным вредностям. Было создано то, что называют «приобретенным предрасположением» к истерическим реакциям. Во многих случаях даже выбор реакции предуготован ранее перенесенным психическим шоком, так как здесь используются те физиологические механизмы, которые стали менее устойчивы.

Из этого примера видно, что участие личности различно на разных этапах патологической реакции. В первом периоде реакция возникает без выраженного участия личности: чем далее от начала, тем яснее выступает интеллектуальная переработка травмирующего переживания.

На основании изложенных клинических фактов можно также сделать вывод, что психическая шоковая реакция у детей не всегда имеет благоприятное течение, возможны отдельные случаи с затяжным протрагированным течением и рецидивами. Наличие остаточных явлений способствует возникновению новых патологических реакций, а в некоторых случаях служит исходным пунктом для дальнейшего неправильного формирования характера ребенка по типу патологического развития личности (астенического или истерического типа).

Этот факт возможности затяжного течения реакции и наличия остаточных явлений говорит о необходимости уделить серьезное внимание лечебным и профилактическим мероприятиям. Сущность профилактических мероприятий станет более понятной, если учесть, что к шоковым реакциям наиболее предрасположены дети, отличающиеся повышенной эмоциональной возбудимостью и пугливостью. Предохранить этих детей от психических расстройств можно путем соответствующей воспитательной работы. Центральное место принадлежит мероприятиям так называемого психического и физического закаливания ребенка, способствующим воспитанию его активности и самостоятельности. Важно также помнить, что моментом, предрасполагающим к возникновению реакции испуга у детей, являются устрашающие рассказы и особые наказания (как, например, изоляция в темной комнате).

Дети, у которых отмечаются неадекватные реакции на все новое и неожиданное, должны быть приучены к новым впечатлениям путем постепенного рационального ознакомления их с окружающей средой. Особое внимание приходится уделять тем предметам, на которые ребенок обычно реагиру-

ет страхом. Однако из этого не следует, что ребенка нужно принуждать сразу побороть свой страх; подобное мероприятие не дает эффекта, страх может исчезнуть лишь постепенно после соответствующих игр, бесед и примеров со стороны взрослых. Так, например, если ребенок боится какого-либо животного, то особенно полезно в его присутствии кому-нибудь погладить это животное и поиграть с ним.

В первой фазе острой психической шоковой реакции основное внимание должно быть направлено на создание полного покоя. Требуется постельный режим, свежий воздух, тишина. Всякие разговоры о перенесенной психической травме воспрещаются. Необходима также успокаивающая терапия, а иногда и лечение сном (условнорефлекторным). Особенно важно принять меры к углублению физиологического сна. В зависимости от степени выраженности вегетативно-соматических расстройств применяются различные симптоматические средства (сердечно-сосудистые) и снотворные (бром, люминал, валерьяна и др.). В дальнейшем показаны гидротерапия в виде теплых ванн, внутривенные вливания глюкозы, витаминная терапия (аскорбиновая кислота, витамин B_1) и др.

В подострой фазе необходима психотерапевтическая работа с ребенком. Большое профилактическое значение имеет создание спокойной обстановки и своевременное разъяснение родителям и педагогам особенностей психики детей в этом периоде, необходимости тщательной дозировки часов занятий и отдыха. Дети, страдающие протрагированными формами, нуждаются в ряде дополнительных мероприятий и направлении на санаторную площадку при школе, в специальные санатории и др.

Лекция 3

ПОДОСТРЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ

Реактивные депрессии и параноиды

Переходим к описанию другой большой группы психогенно обусловленных реакций, которая была нами условно обозначена как подострые психогенные реакции. Эта разновидность рассматривается всеми авторами как «психогенные реактивные состояния» в истинном смысле слова.

Характер психической травмы, ее содержание, интенсивность, острота и темп воздействия в этой группе психогенно обусловленных реакций совершенно другие, чем при шоковых формах. Здесь нет такой остроты, внезапности и массивности действия психической травмы, поэтому нет и такого интенсивного и экстенсивного торможения, которое временно как бы выключает деятельность высших отделов центральной нервной системы.

Поэтому реакция формируется обычно на фоне непомраченного сознания.

Выраженные формы подострых психогенных реакций у детей встречаются сравнительно нечасто. В этом отношении наши данные резко отличаются от наблюдений многих зарубежных психиатров, отводящих психогенным факторам одно из ведущих мест в этиологии психических расстройств у детей.

Степень подверженности различным формам психической травматизации неодинакова у детей различного возраста. В то время как шоковым реакциям более подвержены дети младшего возраста, психогенные подострые реакции, хотя и свойственны всем возрастным группам, все же чаще встречаются у детей старшего возраста.

Однако совершенно неправильно полагать, что детской психике в силу большой поверхностности эмоций не свойственны переживания конфликта. В таких утверждениях не учитывается важный момент — большой удельный вес

эмоциональной жизни у маленьких детей. Понятно, что источники конфликта различны у детей разного возраста. Чем моложе ребенок, тем бо́льшую роль в возникновении конфликта играют ошибки воспитания. В самом раннем возрасте реакция ребенка обусловлена лишь мотивами непосредственного удовлетворения инстинктов. Отсюда понятно, что в этом периоде патогенным является лишь психическая травма, носящая характер угрозы инстинктивной жизни. Однако уже в дошкольном периоде у ребенка имеются и более сложные переживания, связанные с более полным познанием окружающего, общественных взаимоотношений. Эти взаимоотношения в раннем возрасте носят еще ограниченный характер и распространяются только на узкий круг родных.

В дальнейшем, по мере развития ребенка, накопления его жизненного опыта и большей дифференциации мышления, расширяется круг его взаимоотношений с окружающими, меняется характер его деятельности, возникают новые, более сложные задачи и цели, растет его самосознание. Чем старше ребенок, тем меньший удельный вес имеет неудовлетворенность узких эгоистических влечений и тем чаще в основе конфликтного переживания лежит неудовлетворенность собой, своим положением в семье и в школе, чувство ответственности перед другими. Необходимо отметить, что развитие общественных связей ребенка определяется не только возрастной фазой, но главным образом его воспитанием. К таким выводам приходит и В. Н. Мясищев в своей работе, посвященной изучению неврозов детского возраста.

Наиболее частыми причинами психогенных реакций, связанных с жизненными трудностями, у детей младшего возраста являются семейные неполадки (разлад в семье, плохие взаимоотношения между ее членами, появление в семье мачехи или отчима, горе в связи с потерей близких или разлука с ними и др.). У детей старшего возраста очень частой причиной психогенных реакций являются неудачи, связанные со школьной неуспеваемостью.

Естественно, что школьные занятия сами по себе ни в коей мере не могут рассматриваться как причина психогенных реакций. Школа оказывает только благоприятное влияние на ребенка, школьные занятия имеют большое воспитательное значение, а для детей, обнаруживающих те или другие трудности в воспитательном отношении, могут рассматриваться как важный лечебно-педагогический фактор. Проводимая в школе воспитательная работа с детьми — один из важнейших факторов, формирующих общественное сознание ребенка и помогающих бороться со свойственными детям эгоцентрическими установками. Причиной невроза школьные занятия могут быть только в том случае, когда предъявляемые к ребенку учебные требования не соответствуют его возможностям. Неуспеваемость в школе для таких детей является наиболее частой причиной невроза.

При более тщательном изучении анамнестических данных у детей, страдающих психогенным реактивным состоянием,

очень часто можно установить, что наряду с непосредственной причиной, обусловившей возникновение патологической реакции, существуют и отдаленные причины, действовавшие задолго до того, как возникла эта реакция. Эти отдаленные причины имеют свои корни чаще всего в неправильном воспитании ребенка.

Причиной психогенных реакций в форме невроза страха и ипохондрических состояний может быть не только психическая травма (болезнь, смерть близких), но и неправильное воспитание — преувеличенная заботливость о физическом благополучии ребенка, излишнее внимание к его жалобам, так как постоянная тревога и страх окружающих за здоровье ребенка передаются и детям. В этом отношении неблагоприятное влияние оказывает воспитание ребенка среди взрослых, лишение его детского коллектива, соответствующих его возрасту игр и забав.

В то же время отсутствие ласки и внимания к ребенку, постоянные запреты, непрерывные замечания и наказания рождают у ребенка длительный протест против старших, создают у него постоянное перенапряжение с патологическими реакциями в форме аффективных вспышек, приступов гнева. У этих детей чаще, чем у других, возникают патологические реакции с не свойственными этому ребенку действиями, стремлением все разрушать, наклонность к воровству, лживости. Важно отметить, что отреагирование обиды и озлобленности против родных может наступить значительно позднее, иногда через длительный срок после начала психической травматизации.

К числу патогенных факторов, повышающих готовность к психогенным патологическим реакциям, следует отнести и перенесенные соматические заболевания. Значение соматогенной подготовки к возникновению психогенных реакций у детей более резко выражено, чем у взрослых.

Клиническая картина психогенных реакций у детей значительно проще и однообразнее, чем у взрослых. Психогенные реакции в форме реактивного психоза (депрессивные, параноидные картины) встречаются у них очень редко, преобладают различные психогенные невротические состояния, в клинических проявлениях которых большой удельный вес принадлежит вегетативно-соматическим расстройствам. У подростков клинические проявления психогенных реакций значительно разнообразнее, реактивные психозы наблюдаются не так редко, как у детей. Клиническая картина близка к той, которая отмечается у взрослых.

В военные годы в связи с длительной психической травматизацией детей и подростков, ухудшением материально-бытовой обстановки и условий воспитания значительно увеличилось число психогенных реакций у детей (не только

шоковых, но также истинных психогенных реакций). По данным Е. А. Осиповой (Центральный психоневрологический диспансер Москвы), в военное время более часто, чем в мирное, психогенные реакции у детей протекали в форме реактивных психозов. По наблюдениям нашей клиники (Е. Е. Сканави), реактивные депрессии и реактивные параноиды в послевоенные годы наблюдались относительно нередко. Наряду с реактивными депрессиями и реактивными параноидами у детей отмечались и психогенные реакции с кататоноподобными явлениями.

Из отдельных форм реактивных психозов у детей и подростков относительно более часто наблюдается *реактивная депрессия.*

Клиническая картина депрессии у детей старшего возраста и у подростков приближается к той, которая бывает у взрослых больных. Ведущим синдромом является расстройство настроения с выраженным аффектом тоски, достигающим иногда большой интенсивности. Об этом можно судить не только по высказываниям детей, но и по их внешнему виду: выражение лица грустное, речь тихая, движения замедлены. Двигательная заторможенность часто сменяется ажитацией, сопровождающейся тревожным ожиданием и страхом. Больные обычно малообщительны, предпочитают быть в стороне от детского коллектива и не принимают участия в занятиях и играх. Со взрослыми вступают в контакт более охотно, жалуются на неприятные соматические ощущения, боли в области сердца и в подложечной области (дети младшего возраста чаще жалуются на боли в животе). Беседа, напоминающая о травмировавшей больного ситуации, часто приводит к слезам. Самооценка этих больных обычно сниженная. Они считают себя хуже других, вспоминают о своих «прегрешениях». Дети старшего возраста иногда более определенно говорят о своем нежелании жить. У детей младшего возраста реактивная депрессия встречается редко, и клиническая картина ее атипична. Аффект тоски слабо выражен, часто затушевывается резкой вялостью, угнетением двигательной сферы. У многих детей картина депрессии выражается лишь в безотчетном страхе, расстройствах сна и аппетита. В отдельных случаях у детей школьного возраста реактивная депрессия проявляется в парадоксальных формах, ребенок становится возбужденным, грубым, непослушным (М. И. Лапидес).

Наряду с аффективными расстройствами и двигательными нарушениями при депрессии у детей в большинстве случаев отмечается снижение умственной и физической работоспособности и аппетита; в отдельных случаях наблюдаются полная анорексия, запоры. В случаях с более тяжелым течением отмечается резкое похудание даже при нормальном пи-

тании. Расстройство сна имеется у всех больных (затрудненное засыпание, кошмарные сновидения, упорная бессонница).

В возникновении реактивной психогенной депрессии большое значение придается наличию дополнительных вредностей соматогенного характера. В военные годы, когда наряду с длительной психической травмой чаще наблюдалась и соматогенная вредность, реактивная депрессия у детей отмечалась значительно чаще.

Приведем несколько примеров, показывающих особенности возникновения клинической картины реактивной депрессии у детей и подростков.

Девочка 14 лет всегда была спокойной, тихой, старательной, аккуратной, очень впечатлительной, тяжело переживающей всякие неприятности. Росла в удовлетворительных материальных условиях. В 12-летием возрасте потеряла мать, за которой ухаживала на протяжении 2 лет. В течение месяца после смерти матери много плакала, не могла заниматься, перестала спать, ела только с принуждением, бегала по комнате, не могла найти себе места. Пыталась отравиться какой-то мазью, колола себе руки, говорила, что жить не будет, так как без мамы учиться не сможет. Была направлена в клинику, где в течение первых двух недель сохранялось тоскливое состояние; повторяла те же жалобы. Говорила, что не может жить без матери, что она никому не нужна, что она хуже других. Не общалась с детьми, не приинимала никакого участия в жизни отделения. Плохо ела, сон был расстроен, изредка жаловалась на головную боль. Постепенно стала более ровной, спокойной, включилась в жизнь отделения; наладился сон и аппетит. Через месяц была переведена в нейросоматический санаторий общего типа во вполне удовлетворительном состоянии.

Вторая девочка 12 лет поступила в клинику с жалобами на тоску, повышенную плаксивость, расстройство сна. Росла здоровой, тихой, сдержанной, общительной В школе училась хорошо. Тяжелых инфекций и травм головы не было. Жила в хороших материальных условиях, была очень привязана к семье, особенно к старшей сестре, которая занималась ее воспитанием. Старшая сестра была для девочки идеалом во всех отношеииях. В начале Великой Отечественной войны, когда сестра как фельдшер была призвана в армию, девочка очень горевала, ио старалась сдерживаться из-за боязни огорчить родных. После того как сестра больной была дважды ранена, девочка с тревогой и опасением ожидала известий, стала более тревожной, подавленной. Через год прибыло извещение о гибели сестры на фронте. Девочка 3 дня почти не ела, ие спала, говорила о том, что не хочет жить без сестры, «лучше не жить... без Тани пропаду». Все время плакала и дома, и в школе, не могла учиться, не понимала объяснений, перестала общаться с подругами. Последние несколько дней до поступления в больницу отказывалась выходить на улицу, боясь встретить девушек в военном обмундировании, напоминающих ей сестру.

При физическом обследовании отклонений от нормы обнаружено не было. Аиализ мочи, крови без отклонений от нормы.

В беседе с врачом доступна, охотно остается в клинике, высказывает предположение, что с переменой обстановки ей станет легче, так как дома все напоминает сестру. В первые дни иастроение тоскливое, много плачет, не включается в общие занятия, плохо спит. В дальнейшем более общительна с детьми, идет навстречу их желаниям включить ее в общие занятия, чтобы отвлечь от тяжелых переживаний. Всему подчиняется пассивно, без живого интереса. В течение последующего месяца постепеино становится все более спокойной и активной, меньше вспоминает о своем горе, включается в общие занятия. Выписана в хорошем состоянии

Как видим, возникновению реактивной депрессии в этих 2 случаях способствовало длительное аффективное напряжение.

Девочка 15 лет. Из семейного анамнеза известно, что отец ее злоупотреблял спиртными напитками. Раннее развитие нормальное, была всегда тихая, ласковая, избирательно общительная. Училась в школе охотно. Незадолго до начала настоящего заболевания перенесла тяжелый грипп. Появились головные боли, стала хуже учиться, была переведена на счетоводные курсы. Испытывала большие трудности в учебе. Одновременно много волновалась, так как не было известий об отце и брате, находившихся на фронте. Постепенно стала более тоскливa, жаловалась на чувство безнадежности, бессонницу, головные боли.

В клинике со стороны нервной системы и внутренних органов отклонений от нормы не отмечается. Психическое состояние: двигательно заторможена, вяла, медлительна, общий фон настроения тоскливый, часто плачет, отказывается от занятий и развлечений, беспокоится об отце и брате, часто повторяет: «Не стоит лечить, все равно не буду жить». Изредка жалуется на головные боли. В течение двухмесячного пребывания в клинике постепенно становится спокойнее, бодрее, общается с другими девочками, много читает. Исчезают головные боли, просит о выписке домой. Была выписана в удовлетворительном состоянии. Катамнез через год: состояние хорошее, работает в качестве счетовода.

Течение реактивной депрессии находится в тесной зависимости от ситуации. При устранении психической травмы депрессия быстрее исчезает. Однако и это правило имеет исключение. В определенных условиях, при дополнительных соматогенных вредностях, реактивная депрессия принимает затяжное течение, и клиническая картина развивается по закономерностям, не вполне зависящим от травмирующей ситуации.

Реактивная депрессия у детей протекает значительно более благоприятно, чем у взрослых. Особенности детского возраста — физиологическая лабильность эмоций — не предрасполагают к тяжелым, длительным депрессивным состояниям. Депрессивные состояния у детей не только более кратковременны, но и легче поддаются отвлекающим психотерапевтическим мероприятиям. Перемена обстановки, включение ребенка в новую, жизнерадостную детскую среду иногда уже достаточны для купирования депрессии. При более длительно протекающих формах необходимо применить успокаивающую и стимулирующую терапию (седативные средства, гидротерапия, теплые ванны, укутывания, препараты брома, кальция, люминала и др.). Препараты опия, дающие неплохой результат при депрессии у взрослых, у детей младшего возраста противопоказаны.

Следующая форма реактивных психозов, еще более редко встречающаяся в детском возрасте, это *реактивные параноиды.*

В нашей клинике реактивные параноиды наблюдались главным образом в военные годы; в мирное время реактивные параноиды у детей встречаются исключительно редко.

В годы Великой Отечественной войны, когда параноидный тип реагирования стал одним из наиболее частых у взрослых, реактивные параноиды стали сравнительно чаще отмечаться и у подростков. Обобщая наблюдения нашей клиники за годы Отечественной войны, Е. Е. Сканави приводит 15 случаев реактивных параноидов у детей и подростков. Перечисляя факторы, способствующие учащению реактивных параноидов у детей в военное время, автор в качестве наиболее важных выделяет следующие.

1. Особая ситуация военного времени (бомбардировка городов, близость к фронту, пребывание в оккупированных областях), питающая настороженность, недоверие — черты, не свойственные нормальной детской психике. Это постоянное перевозбуждение создает готовность к страху, который снижает критику, повышает наклонность к паранойяльному толкованию окружающего. К этому нередко присоединяются неблагоприятные факторы личной ситуации больного.

2. Наличие травматизирующих переживаний определенного характера. В историях болезни этих детей встречаются такие указания, как взыскание за плохое поведение в школе, нарушение установленного порядка на работе и выговор начальника, насмешки товарищей и др. Во многих случаях параноид возникает при наличии борьбы личных интересов и долга перед коллективом.

3. Дополнительные вредности, предшествующие началу патологической реакции (вынужденная бессонница в течение нескольких суток, перенесенные соматические заболевания, недостаточное питание и др.). У многих больных, страдающих реактивным параноидом, соматогенный фактор играет такую большую роль, что часто трудно решить, что является решающим в возникновении реакции: психогенный или соматогенный момент.

4. Индивидуальные особенности преморбидного психического склада больного. К возникновению реактивных параноидов более предрасположены дети с недостаточной подвижностью нервных процессов при повышенной внушаемости и самовнушаемости.

Клиническая картина реактивного параноида развивается обычно остро или после кратковременного продромального периода, характеризующегося растерянностью, тревогой, бессонницей, иногда двигательной ажитацией. В остром периоде доминирующим является аффект страха с бредовым толкованием всего окружающего. Все принимает для больного особое значение: на него «смотрят», за ним «следят», о нем «говорят».

В качестве клинического примера остро развившегося реактивного параноида приведем следующую историю болезни (из работы Е. Е. Сканави).

Мальчик 14 лет. Находился под наблюдением в первые годы войны. Отмечается плохая успеваемость и недостаточная дисциплинированность в школе. За неделю до настоящего заболевания перенес грипп, после которого осталось астеническое состояние, утомляемость, головные боли, сонливость днем. День заболевания провел на вокзале (куда был послан отцом по делу) Вечером к нему подошел гражданин с просьбой объяснить ему, как проехать в какую-то подмосковную местность. Получив указание от мальчика, гражданин пошел не в ту сторону. Это показалось мальчику странным. Когда он снова заметил того же гражданина около себя, то это показалось уже подозрительным. Милиционер, которому мальчик заявил о своих подозрениях, поручил ему проследить за гражданином. Во время наблюдения мальчика вдруг охватил острый страх, он побежал домой, все ему казалось странным, собравшиеся у палатки люди его пугали Не найдя матери дома, он пошел к ней на работу, где рабочие также вызвали страх и подозрение. Сообщил о своих подозрениях главному мастеру. Дома мать застала мальчика напряженным, тревожным, ему казалось, что кругом диверсанты, высказывал идеи преследования и отравления, не пил воду, принесенную соседкой, боясь быть отравленным.

Физическое состояние отстает в развитии от возраста, истощен. Со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений от нормы нет.

Первые 3—4 дня и в больнице отмечаются те же бредовые высказывания. Доступен, примитивен, мышление конкретное, вербальная память ослаблена; повышенная внушаемость. Практическая ориентировка достаточная

В последующие дни — нерезкие явления двигательной расторможенности, слегка эйфоричен, критически относится к своему бреду.

Катамнез через 2 года: здоров, работает, изменений личности не отмечается.

Как объяснить причину возникновения острого реактивного параноида в данном случае? Психоз возник в особой обстановке вокзала, в военное время, когда настороженность населения против вражеских шпионов была особенно велика. Следовательно, психогенный фактор, несомненно, играет большую роль в возникновении данной патологической реакции. В то же время нельзя исключить роль соматогенного фактора, ибо в тот день, когда возник острый параноид, мальчик находился в состоянии постинфекционной слабости после перенесенного гриппа (имелось резкое снижение функциональной активности коры больших полушарий).

Эти сомнения об этиологии острого параноида в отношении преимущественной роли соматогенных и психогенных факторов возникали у многих авторов, изучавших эти формы еще в довоенное время. Некоторые из них (И. В. Лысаковский, П. Ф. Малкин) рассматривали данную болезненную картину, как выражение симптоматического психоза, связанного с соматогенным фактором. Е. А. Попов придает большое значение длительной бессоннице. Другие считали, что ведущую роль играют психогенные вредности.

Наиболее правильное разрешение данного спора, по нашему мнению, представлено в концепции С. Г. Жислина об острых реактивных параноидах. Подчеркивая специфичность психогенного фактора в смысле особенностей ситуации (обстановка железнодорожного вокзала), автор в то же время ука-

зывает, что реакция не имела бы места при отсутствии соматогенного фактора.

Реактивный параноид может возникнуть не только при наличии остро возникшей патогенной ситуации, но и при более протрагированной психической травматизации. И в этих случаях большую роль в их возникновении играют дополнительные соматогенные вредности, действующие задолго до начала реактивного параноида. Эти соматогенные факторы приводят к патологическому изменению реактивности высших отделов нервной системы, и при наличии психической травмы (иногда даже незначительных по своему масштабу жизненно ситуационных трудностей) возникают затяжные формы реактивных психозов с клинической картиной бредового состояния.

Иллюстрацией сказанного может служить следующая история болезни.

Девочка 15 лет, интеллектуально отсталая, несамостоятельная, беспомощная, робкая, боязливая. Была напугана соседкой, которая сообщила ей об аресте матери Девочка остается дома одна, в тревоге за свою мать много плачет, не ест, почти не спит в течение 3 дней. Ей кажется, что все на нее смотрят, знают о ее «позоре» На 4-й день у девочки появляются признаки выраженного психоза; она растеряна, тревожна, тосклива, высказывает бредовые идеи отношения: все о ней говорят, над ней смеются. Такое состояние с небольшими колебаниями отмечается и в клинике, хотя патогенная ситуация разрешилась для девочки благоприятно. В физическом состоянии ее отмечаются явления истощения и гиповитаминоза; со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Признаков органического поражения головного мозга также не отмечается. В течение 3-месячного пребывания в клинике девочка постепенно становится спокойнее, критически относится к своим болезненным высказываниям. Выписана в хорошем состоянии.

И в данном случае психогенно возникшего реактивного параноида патогенные соотношения являются сложными. Соматогенный фактор (истощение, гиповитаминоз), создавший патолотически измененную реактивность высших отделов нервной системы и тем самым способствовавший возникновению готовности к бредовым психогенным реакциям, бесспорно, имел большое значение.

У следующего больного причиной параноидной реакции явился внутренний конфликт, возникший в связи со столкновением двух мотивов: чувства долга и боязни выдать товарища.

Мальчик 15 лет учится в ремесленном училище. До 12 лет жил в деревне с матерью. Тяжелых инфекционных заболеваний и травм головы не было. Был веселым, общительным ребенком, имел много товарищей. С 12 лет живет в семье отца и мачехи, которая относится к мальчику недружелюбно, наказывает за ночной энурез, которым мальчик страдает с детства. В ремесленном училище ему учиться трудно, несмотря на исполнительность и аккуратность.

В клинику был доставлен в состоянии растерянности, тревоги, большого аффективного напряжения. Речь замедлена, так же как и все психи-

ческие реакции. Сам отмечает, что «в голове что-то путается, все забыл...» Высказывает идеи самоуничижения: «заболел... потому что глуп... не интересовался книгами». Постепенно, в течение нескольких дней, стал спокойнее и рассказал о причине заболевания, которую он описывает следующим образом: был дежурным, видел в проходиой будке, как мальчик взял без спроса ключи от кладовой, за которую отвечает дежурный. Мальчик, взявший ключи, пригрозил избить его, если он выдаст. В течеиие нескольких дией мучился, не знал, что делать. Когда рассказал администрации обо всем случившемся, сразу заболел, стало страшио, чувствовал себя виноватым, боялся, что его изобьют.

Физическое состояние мальчика отстает от возраста. Питание пониженио, глуховатые тоны сердца. Другие внутренние органы без отклонеиий от нормы. Со стороны нервной системы недостаточность зрачковой реакции на конвергенцию, тремор пальцев рук и век. Ярко-красный дермографизм, акроцианоз. Исследование крови и спинномозговой жидкости не показало отклонений от иормы.

Мальчик иаходился в клинике 2 месяца, в течение которых перенес два однотипных и кратковремеиных приступа психоза. В течение нескольких дней растерян, тревожен, высказывает идеи самообвииеиия. После первого приступа, длившегося неделю, иаступило состояние астении и повышенной утомляемости, плаксивости. Последние 3 недели перед выпиской спокоен, бодр, критичеи к прежним болезиенным высказываниям. Проявляет себя как общительный, спокойный, хороший товарищ, добросовестный, уживчивый. Интеллектуальное развитие значительио ниже его возраста. Мышление конкретное, обиаруживает большую внушаемость.

Катамнез через год: здоров, работает, иикаких изменений личности иет.

Течение острого реактивного параноида обычно кратковременное. Длительность исчисляется днями (от 5 до 10 дней). До полного выздоровления нередко в течение нескольких дней наблюдается астеническое состояние с тревогой и подавленностью либо психомоторная расторможенность с эйфорической окраской настроения.

Наряду с кратковременными наблюдались и затяжные формы реактивных параноидов длительностью от одного до 2—3 месяцев. Затяжной характер реактивного параноида отмечается обычно лишь при наличии определенных условий: дополнительных соматогенных факторов и определенных преморбидных особенностей больного, как низкий интеллект, тугоподвижность нервных процессов, повышенная сензитивность, впечатлительность, внушаемость и самовнушаемость.

Больные, страдающие реактивным параноидом, обычно нуждаются в стационировании в специальное психиатрическое учреждение. В домашней обстановке они могут быть оставлены лишь в тех случаях, когда удается установить психиатрический надзор. Необходимо учесть, что на высоте аффекта страха при наличии идей преследования и виновности у этих больных возможны импульсивные акты и суицидальные попытки. При затяжном течении психоза показана инсулинотерапия, переливание крови. Большое значение имеет трудовая терапия.

Наиболее положительный эффект мы получали от трудовой терапии на свежем воздухе.

О *катато*н*оподобных реакциях* психогенного происхождения было уже упомянуто. Как указывалось, у детей в связи с овышенной иррадиацией нервных процессов (тормозного) егко возникают состояния ступора под влиянием различных аздражителей, сверхсильных для нервной системы данного ебенка. При шоковых формах они наблюдаются сравнительо чаще, чем при подострых психогенных реакциях. При опрееленных условиях реактивный ступор принимает кататоноподобную окраску. Реактивные психозы с кататоноподобными влениями чаще встречаются тогда, когда психическая травта падает на предварительно измененную патологическую ючву.

Лекция 4

ПОДОСТРЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ

(продолжение)

Неврастения

В большинстве руководств по общей психиатрии в группе психогенных реакций наряду с реактивными психозами описываются и реактивные невротические состояния — так называемые неврозы. Среди них обычно различают: а) неврастению, б) невроз страха и тревожного ожидания, в) истерические реакции, г) невроз навязчивых состояний.

По существу говоря, грань между реактивными психозами и неврозами очень условна, так как при каждой психогенной реакции при определенных условиях, повышающих ее интенсивность, могут наблюдаться болезненные проявления в виде психоза. Так, у больных, страдающих истерическим неврозом, нередко возникают затяжные формы сумеречных состояний с явлениями пуэрилизма, псевдодементности, которые следует уже трактовать как истерические психозы. При неврозе навязчивых состояний нередко наблюдается состояние психического автоматизма, близкое к психотическим по своей интенсивности.

Однако для практических целей такое деление на реактивные психозы и неврозы удобно, так как социальная приспособляемость больных с неврозами гораздо выше и не требуется таких массивных лечебных мероприятий, как при реактивных психозах. Большое значение для клинической практики имеет также тот факт, что патофизиологические механизмы в каждой из перечисленных форм неврозов тщательно изучены И. П. Павловым и его учениками. Центральное место в группе неврозов И. П. Павлов предоставляет неврастении, которую он считает неврозом, общим для человека и животных (тогда как истерия и невроз навязчивости являются специфически человеческими неврозами).

К *неврастении* относят реактивные состояния, обусловленные перенапряжением, истощением нервной системы в связи

с непосильной умственной или физической работой. Некоторые авторы неправильно расширяют понятие неврастении за счет астенических состояний различной природы (инфекционной, токсической, травматической). Другие, наоборот, чрезмерно суживают это понятие и предлагают исключить из группы неврастении все те формы, при которых основным причинным фактором является психическая травматизация. Однако такая суженная трактовка понятия неврастении как реакции только на переутомление не соответствует клиническим данным. Очень редко переутомление встречается в «чистом виде»; в большинстве случаев оно связано с гнетущим аффектом в связи с сознанием своей недостаточности. У детей большое значение в этих случаях приобретает боязнь наказания за плохие отметки, стыд перед товарищами.

В клинической картине неврастенических реакций основным является синдром раздражительной слабости. До того спокойный ребенок становится капризным, плаксивым, раздражительным, проявляет наклонность к бурным аффективным разрядам, за которыми в дальнейшем обычно следуют слезы. Повышенная возбудимость ребенка выражается также в невыносливости к различным раздражителям, резким звукам, запахам, температурным колебаниям. Настроение этих детей чаще всего подавленное, недовольное, хмурое. Нередко наблюдается смена настроений без видимых внешних причин. В отдельных случаях настроение носит выраженную депрессивную окраску. У многих детей в этом периоде отмечается повышенная боязливость, мнительность, тревожность, наклонность к необоснованным страхам. Поведение этих детей характеризуется то вялостью, пассивностью, то двигательным беспокойством и суетливостью. Работоспособность нарушается в связи с легкой утомляемостью и неспособностью к напряжению. Внимание плохо сосредоточивается и быстро истощается. Утомляемость усиливается к концу школьных занятий. Дети старшего возраста высказывают ряд жалоб на головные боли, неприятные ощущения в различных органах. Одним из частых симптомов является расстройство сна (бессонница, страшные сновидения, ночные испуги).

Формирование клинической картины неврастенического состояния зависит от многих факторов, а не только от характера психической травмы. Имеет значение и тип высшей нервной деятельности. Неврастенические состояния чаще возникают у лиц слабого типа нервной деятельности, однако в отдельных случаях они имеют место и у детей сильного, возбудимого типа. В последнем случае картина неврастенического состояния значительно меняется.

Обычно различают два крайних варианта неврастенических состояний, в зависимости от того, какой из полюсов синдрома раздражительной слабости преобладает: повышенная

истощаемость или повышенная раздражительность. Первый вариант характеризуется преобладанием вялости, утомляемости, робости, наклонности к испугам, второй — повышенной раздражительностью, неустойчивостью и двигательным беспокойством. Между этими двумя крайними вариантами существует ряд переходных и смешанных форм.

Выраженные формы неврастенических состояний у соматически здоровых детей и подростков наблюдаются редко. Однако при перегрузке школьными занятиями и у детей отмечаются отдельные элементы неврастенического состояния: головные боли, расстройство сна, снижение работоспособности. Многие из этих состояний остаются незамеченными, так как дети сами редко высказывают жалобы по этому поводу, и лишь в дальнейшем на фоне легких проявлений неврастении могут возникнуть под влиянием незначительных причин и более сложные психогенные реакции. Отсюда следует, что одной из важных задач психогигиенической работы врача в школе является тщательное ознакомление со школьными программами и проведением правильного режима часов занятий и отдыха школьников. Школьный врач должен следить за тем, чтобы нормы учебной нагрузки вполне соответствовали физиологическим особенностям ребенка и подростка.

Клиническая картина неврастенического состояния становится более выраженной в тех случаях, когда переутомление ребенка или подростка сочетается с соматогенными вредностями. Как показывают наблюдения детской клиники, наличие соматогенного фактора, предшествующего переутомлению, является существенным условием, при отсутствии которого неврастеническая реакция у детей развивается очень редко. Эти факты детской клиники объясняют причину сомнений, можно ли рассматривать неврастению в ее неосложненном виде как психогенную реакцию в истинном смысле слова, ибо соматогенные моменты в большинстве случаев предшествуют ее возникновению.

У детей и подростков неврастеническая реакция под влиянием перегрузки школьными занятиями особенно часто наблюдается в постинфекционном периоде. Клиническим примером психогенной реакции в форме неврастении в периоде постинфекционной слабости может служить следующая история болезни.

Девочка К., 13 лет. Раннее развитие нормальное. Росла спокойным ребенком, но несколько пугливым и плаксивым. Всегда боялась темноты, грозы. Была общительна, имела подруг. В школу пошла с 8 лет и до 4-го класса училась хорошо. После кори и скарлатины в 4-м классе снизилась успеваемость, с трудом перешла в 5-й класс. В начале учебного года заболела дизентерией в тяжелой форме, а затем гриппом с высокой температурой. Резко ослабела физически, еще больше снизилась успеваемость, и среди года девочку перевели обратно в 4-й класс. Девочка тяжело реагировала на этот перевод; стала грустной, все время плакала, отказывалась

от еды. Работоспособность еще более снизилась, отказалась ходить в школу, нарушился сон, появились головные боли, в связи с чем девочка была направлена в клинику.

При поступлении обнаруживается пониженное питание, бледность. Со стороны внутренних органов отмечаются функциональные расстройства сердечно-сосудистой деятельности: тахикардия, колебания артериального давления. Со стороны нервной системы органических симптомов нет. Повышенная потливость, дрожание век и вытянутых пальцев рук.

В беседе с врачом доступна, охотно говорит о своей болезни, дает исчерпывающие сведения о себе. Заплакала при расспросах о занятиях в школе. Жалуется на то, что она очень «нервная», часто плачет, волнуется по каждому пустяку, легко «расстраивается», и от расстройства у нее часто болит голова. Рассказывает, что после перевода из 5-го класса в 4-й очень огорчилась, плакала, плохо спала, почти ничего не ела, пила только воду. Не могла больше посещать школу, так как быстро уставала от занятий, плохо понимала объяснения педагога. Считает себя тревожной и мнительной, боится, что умрет, что ее «разобьет паралич», что с матерью что-нибудь случится. В отделении остается охотно, легко сходится с детьми. Очень вежлива и послушна в отношении обслуживающего персонала. Охотно включается в школьные занятия, трудолюбива, но долго заниматься не может, быстро утомляется, бледнеет, начинает жаловаться на головные боли, внимание очень скоро истощается.

За время двухмесячного пребывания в клинике постепенно становится все более спокойной, реже жалуется на головные боли, улучшается работоспособность. Настроение более устойчивое. Охотнее занимается в классе, меньше утомляется, легче преодолевает трудности, спокойнее относится к своим неудачным ответам. Обнаруживает большую внушаемость. Легко заражается примером детей, охотно берется за любое задание, но не доводит его до конца.

Психологическое обследование: общее развитие невысокое, мышление в понятиях развито слабо. Отвлеченные положения дифференцировала с затруднениями, многое понимала неправильно. Процесс обобщения на невысоком уровне. В конкретно-наглядной ситуации ориентировалась правильно, но медленно. Комбинаторная способность также слаба. Память удовлетворительная. Обладает эйдетической способностью, воспроизводит только живые движущиеся объекты; соображает медленно, в интеллектуальной работе все реакции замедлены, отмечается повышенная утомляемость, неустойчивость внимания.

В данном случае причина психогенной патологической реакции — психическая травматизация в связи со школьными неудачами у девочки с невысоким интеллектом. Особенностью неврастенической реакции в данном случае является то, что психическая травма была как раз в тот период, когда девочка находилась в состоянии постинфекционной слабости после ряда перенесенных инфекций. В клинической картине астенической реакции ясно выражен депрессивный компонент; отмечаются также страхи с элементами навязчивости. Эти особенности находят свое объяснение в индивидуальном психическом складе девочки, которая всегда была боязливой, тревожной, мнительной и внушаемой. Положительный эффект от пребывания в клинике в этом случае наступил очень скоро. Девочка очень быстро вошла в общую жизнь детского коллектива, будучи очень внушаемой, легко поддалась воздействию окружающих ее детей, «заразилась» их жизнерадостным настроением.

У детей младшего возраста психогенные астенические реакции встречаются значительно реже и выражаются в более элементарной клинической картине. Причиной их возникновения часто бывает неблагоприятная семейная ситуация, непомерные требования к ребенку, иногда перегрузка новыми впечатлениями.

Сравнивая клиническую картину неврастенической реакции у детей и у взрослых, Е. А. Осипова отмечает ряд особенностей. У детей значительно реже жалобы на головные боли, на болезненные ощущения в сердце, желудке. Наиболее часто встречаются у детей такие симптомы, как анорексия, лабильность аппетита, тошнота, беспокойный сон, энурез, вазоневротические расстройства в виде обморочных состояний. Картина психических расстройств у детей также имеет ряд отличительных особенностей. Если у взрослого заострен астенический полюс реакции — ощущение непобедимой усталости, бессилия, вялости, снижение психической активности, то у ребенка преобладает полюс перевозбуждения, и на первый план выступают симптомы, с ним связанные,— психомоторное беспокойство, повышенная реактивность, эмоциональная лабильность. Внешнее поведение ребенка часто носит отпечаток «гиперактивности», сводящейся к непродуктивным двигательным и эмоциональным разрядам. И только особый характер этого возбуждения без здорового, бодрого настроения, без полезной активности обнаруживает его патологическую природу.

Эксплозивная реакция у детей нередко представляет собой лишь второй полюс неврастенического состояния с синдромом раздражительной слабости. В то время как при астенической реакции преобладает «слабость», истощаемость, повышенная утомляемость, при эксплозивной — на первый план выступают явления раздражительности, несдержанности, импульсивности. Клиническая картина эксплозивных реакций иногда характеризуется также состоянием более или менее резкого двигательного возбуждения с агрессией по отношению к окружающим, с аффективными взрывами. У маленьких детей в ответ на психическую травму могут возникнуть и своеобразные судорожные состояния, носящие название аффективно-респираторных судорог (у детей старшего возраста судорожные состояния в ответ на психическую травму наблюдаются очень редко).

Для клинической картины эксплозивной реакции характерно также то, что все действия больного совершаются без достаточного обдумывания. Это чаще всего поступки по типу «короткого замыкания». Такие формы реакций чаще возникают у детей возбудимых (по И. П. Павлову, они ближе всего к сильно возбудимому, безудержному типу нервной деятельности). Родные их характеризуют как настойчивых, упрямых, раздражительных, склонных к вспышкам гнева. Дети проявля-

ют большую настойчивость в осуществлении своих желаний и в то же время бывают неустойчивыми и невыдержанными, когда требуется длительная напряженная работа. К длительному напряжению во время занятий они часто не способны. В школе они часто вступают в конфликт с педагогами, дерутся с товарищами и нередко расцениваются педагогами как трудно воспитуемые дети. В анамнезе этих детей нередко можно найти указание на перенесенные мозговые инфекции, травмы.

Патофизиологическую основу представленных двух вариантов патологической реакции (астенической и эксплозивной) можно правильно понять, исходя из павловских воззрений на патофизиологические механизмы неврастении. И. П. Павлов считал возможным дифференцировать два вида неврастенических состояний. При первом виде на первом плане ослабление процессов внутреннего торможения (гиперстения); при втором — ослабление раздражительного процесса и явления понижения корковой возбудимости (гипостения). Оба варианта неврастенических состояний возникают под влиянием перенапряжения у представителей слабого и возбудимого типов (не обнаруживающих заметного преобладания первой или второй сигнальных систем, относящихся, по И. П. Павлову, к среднему человеческому типу).

Два клинических варианта патологических реакций — астеническая и эксплозивная — могут быть сопоставлены с двумя вариантами неврастений И. П. Павлова. Астенический вариант соответствует гипостенической неврастении, а эксплозивный — гиперстенической.

Очень ценным для клинической практики является указание И. П. Павлова на некоторую циркулярность работоспособности лиц, страдающих неврастенией. И. П. Павлов считал, что страдающий неврастенией может развивать чрезвычайную работу, но наряду с периодами напряженной работы он переживает периоды глубокого немощного состояния. И. П. Павлов подчеркнул, что при неврастении имеется другая, более длинная против обычной, периодичность в смене работы и отдыха и потому у лиц, страдающих неврастенией, по сравнению с обыкновенными, уравновешенными людьми так утрированы периоды возбуждения и торможения.

А. Г. Иванов-Смоленский полагает, что все три неврастенических синдрома (гиперстенический, гипостенический и синдром патологической лабильности раздражительного процесса) представляют собой лишь различные последовательные стадии одного патологического процесса. В первой, начальной, стадии происходит ослабление наиболее молодого в эволюционном отношении и наиболее хрупкого процесса внутреннего активного или условного торможения. Больной несдержан, раздражителен, гневлив. Во второй стадии начинает страдать возбудительный процесс: мозговая кора повышенно реактивна, но быстро истощаема. Патологическая лабильность нервного возбуждения клинически характеризуется как «раздражительная слабость», наряду с которой обычно отмечается и повышенная утомляемость. В третьей стадии уже берут верх явления запредельного торможе-

ния, ограждающего корковые клетки от непосильных трат. Повышенная тормозимость, резко пониженная реактивность коры дают клиническую картину общей астении.

Течение неврастенической реакции (астенической и эксплозивной) в большинстве случаев благоприятное. Во многих случаях устранение причины является уже достаточным мероприятием для восстановления здоровья ребенка или подростка. Большое значение имеет перемена обстановки в тех случаях, когда источник травмирующего воздействия находится в семейной ситуации. Если удастся освободить ребенка от трудной для него жизненной ситуации, то все отмеченные выше патологические проявления постепенно сходят на нет.

Исход неврастенической реакции находится в тесной зависимости как от индивидуальных особенностей ребенка, так и от условий среды и воспитания, в которых он находится. У детей с явлениями врожденной нервности, у соматически ослабленных детей неврастеническая реакция приобретает затяжное течение. Реакция принимает длительный характер также и тогда, когда окружающие ребенка лица — родители и педагоги — несправедливо обвиняют его в снижении успеваемости, наказывают, ранят его самолюбие. В таких случаях психическая травматизация становится длительной и нет полного восстановления здоровья, возникает астеническое развитие личности. У детей еще труднее, чем у взрослых, провести резкую грань между затяжной неврастенической реакцией и астеническим развитием личности, ибо остаточные явления после перенесенной психогенной реакции у них нередко служат исходным пунктом для патологического формирования характера. Поэтому так важно рано распознать неврастеническое состояние у ребенка и своевременно приступить к лечению.

При назначении тех или других медикаментозных средств и прежде всего бромистых препаратов необходимо учесть патофизиологические особенности неврастенической реакции, ее двух вариантов: астенического (характеризующегося ослаблением раздражительного процесса) и эксплозивного (преобладает нарушение активного торможения).

Данные о механизмах действия брома на высшую нервную деятельность и о его терапевтическом применении были представлены в работах И. П. Павлова и его учеников (М. К. Петрова). Применяя лечение бромом при экспериментальных неврозах у собак, удалось опровергнуть точку зрения, что бром понижает возбудимость мозговой коры. На основании экспериментальных данных было доказано, что бром имеет специальное отношение к тормозному процессу, в первую очередь восстанавливая и усиливая его, а затем уже в силу положительной индукции вторично повышается раздражительный процесс. Было установлено также, что бром, являясь

усилителем и концентратором торможения, рассеивает гипнотическое состояние. Очень важен вывод о необходимости тщательной дозировки брома в зависимости от типа нервной деятельности и от физиологического состояния головного мозга и всего организма в данный момент. Бром оказывает более или менее существенное действие как при слабом, так и при сильном типе нервной деятельности, но дозировка его должна быть различной в зависимости от силы и работоспособности корковых клеток. Экспериментами на животных было доказано, что у собак со слабым тормозным типом нервной деятельности, а также у собак, ослабленных кастрацией, следует применять меньшие дозы брома, у собак с сильным типом — большие (большие дозы у собак со слабым типом нервной деятельности пользы не приносят, а иногда вызывают отравление).

Таким образом, для того чтобы бром оказался полезным, необходимо очень тщательно искать его оптимальную дозу, причем следует помнить, что диапазон дозировки брома очень велик.

Б. Н. Бирман и В. С. Зигель, проводившие лечение бромом при неврастенических состояниях у людей, также отмечают, что основное здесь — найти дозировку, адекватную типу нервной системы и состоянию ее нервных клеток в данное время. Лечение взрослых больных, страдающих неврастенией, они начинали с применения малых доз бромистого натрия (с 0,5% раствора); к более высоким дозам переходили только при отсутствии эффекта от малых (в таких случаях они применяли 1% раствор брома 3 раза по одной столовой ложке или 2% раствор 2 раза в день по чайной ложке). Длительность применения брома 3—5 недель. Результаты лечения бромом человека аналогичны тем, которые были получены при экспериментальных неврозах у животных: бром создает условия для повышения работоспособности клеток, усиливает и концентрирует тормозный процесс.

Положительные результаты были также получены в некоторых случаях при комбинации брома с кофеином. При этом доза кофеина должна соответствовать дозе брома. Так, например, у собак со слабым типом нервной деятельности дозировка брома от 0,0005 до 7 г, кофеина — от 0,0001 до 1 г.

Кроме бромистых препаратов, при лечении неврастенических состояний нередко приходится прибегать к препаратам кальция (хлористый, бромистый, фосфорнокислый и др.). Особенно показаны препараты кальция в случаях с преобладанием в клинической картине явлений двигательного беспокойства. Как и при других формах реактивных состояний, показана гидротерапия в виде теплых ванн, душа, влажных укутываний, обтираний и др.

Центральное место в лечебном плане принадлежит психотерапии. Врач должен выявить, в чем сущность травмиру-

ющего переживания, и помочь ребенку устранить его. Ребенок или подросток, перенесший серьезную психическую травму, нуждается в усиленном внимании со стороны окружающих его взрослых. Но это внимание отнюдь не должно выражаться в преувеличенной заботе о его здоровье и постоянном напоминании о случившемся. Основная задача врача — переключить интересы больного на удовлетворяющую его деятельность, отвлечь его от неприятных переживаний интересной игрой или занятиями. При сильном перенапряжении в течение первых дней необходим полный покой.

Основное при лечении как острых, так и протрагированных астенических состояний — устранить ту тяжелую жизненную ситуацию, которая вызвала патологическую реакцию, и тем самым устранить тяжелый гнетущий аффект. В том случае, когда основным патогенным фактором является неуспеваемость в школе, необходимо прежде всего изменить режим и расписание часов занятий и отдыха.

Важно учесть, что в некоторых случаях психическая травматизация ребенка связана с неправильным отношением к нему в семье и школе. Родители и педагоги не учли особенностей ребенка и не сумели к нему правильно подойти. Врач должен разъяснить родителям и педагогам, какие особенности данного ребенка мешают ему приспособиться к занятиям в школе, какой большой вред причиняет переобременение ребенка различными впечатлениями и не соответствующая его возможностям школьная нагрузка.

В тех случаях, когда изменить трудную для ребенка ситуацию не удается, следует на время удалить его из этой обстановки и поместить в учреждение санаторного типа. Перед педагогом санаторного отделения возникает чрезвычайно важная задача — восстановить нарушенную работоспособность ребенка или подростка, постепенно включая его в занятия, тщательно дозируя часы занятий и отдыха. Занятия с ребенком или подростком должны быть поставлены таким образом, чтобы изменить создавшееся у него неприязненное отношение к школе, вселить бо́льшую уверенность в свои силы, дать ему возможность испытать радость труда, совместной жизни в детском коллективе.

Ввиду единства соматогенного и психогенного факторов, участвующих в возникновении неврастенических реакций, при лечении этих детей чрезвычайно важно большое внимание уделять общеукрепляющим средствам, эндокринным препаратам, мероприятиям, способствующим физическому закаливанию ребенка, главным образом большой устойчивости его сосудистой системы. В этом отношении большое значение приобретает физкультура (лечебная ритмика, легкие виды спорта), ванны.

Лекция 5

ПОДОСТРЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ

(продолжение)

Невроз страха

Страхи у детей (особенно у детей младшего возраста) не могут рассматриваться как проявление болезни в настоящем смысле этого слова, так как повышенная пугливость в детском возрасте является еще и в известной степени физиологической. Все новое и неожиданное может вызвать у маленького ребенка страх.

И. П. Павлов считал, что физиологическим субстратом страха является тормозное состояние коры больших полушарий. Он рассматривал страх как проявление естественного рефлекса осторожности, пассивно-оборонительного рефлекса. В дальнейшем, параллельно с возрастом ребенка, по мере развития его второй сигнальной системы, усиления процессов активного торможения и накопления жизненного опыта, наклонность к страхам постепенно уменьшается или совсем исчезает. Однако под влиянием неправильного воспитания и психической травмы страхи у детей могут приобретать более упорный характер.

В то время как у здоровых детей страхи носят эпизодический характер, у детей с явлениями врожденной или приобретенной нервности иногда отмечается постоянная готовность к страхам. Самый приступ страха у этих детей имеет более интенсивный характер и сопровождается выраженными вегетативно-соматическими расстройствами. Под влиянием повторяющихся страхов сильно страдает и общее состояние ребенка (прежде всего сон и аппетит). Такие страхи, нарушающие общую жизнедеятельность ребенка и оказывающие влияние на все его поведение, являются уже симптомом болезненного состояния.

В клинической картине различных неврозов у детей синдромы страха занимают очень большое место. Те формы неврозов, в которых страхи представляют собой ведущий синдром, называют *«неврозом страха»*.

Предрасполагающим фактором к возникновению невроза страха являются различные соматогенные вредности (истощающие инфекции, интоксикации, травмы и инфекции нервной системы) и неправильное воспитание. Как чрезмерно суровое, так и изнеживающее воспитание парализует нормальную активность ребенка, способствует развитию тревожности, боязливости и трусливости. В условиях неправильного воспитания чаще наблюдается фиксация внимания ребенка на вопросах собственного благополучия, снижается круг интересов ребенка, не развиваются в должной мере навыки к труду и жизни в коллективе. Таким образом, в результате длительного воздействия соматогенных и психогенных факторов создается «приобретенное предрасположение» к возникновению невроза страха.

Среди патогенных факторов, являющихся непосредственной причиной невроза страха, можно выделить две группы:

1) остро и внезапно действующие психические травмы (острая шоковая или субшоковая реакция; см. лекцию 2);

2) более длительно действующие психические травмы в виде неблагополучной жизненной ситуации, создающей переживание конфликта (неуспеваемость в школе, разлука с близкими, болезнь и смерть близких).

В зависимости от преобладания тех или других патогенных факторов можно различать две клинические формы невроза страха.

Первую форму невроза страха, обусловленную острой психической травмой, правильнее характеризовать как «невроз испуга». Клинические проявления невроза испуга были описаны в лекциях о шоковых реакциях (лекция 2). Было указано, что клиническая картина этого варианта характеризуется своеобразной динамикой своего развития. Вначале под влиянием внезапного устрашающего фактора возникает резкий панический страх, сопровождающийся иногда измененным (сумеречным) сознанием, двигательным возбуждением или ступором и различными вегетативно-соматическими расстройствами. В дальнейшем при наличии новых раздражителей, напоминающих травмирующую ситуацию, в течение длительного времени могут вновь появляться приступы страха.

По мере отдаления от момента психической травмы клиническая картина приступа страха резко меняется. В отличие от первого периода в дальнейшем клиническая картина формируется уже при участии второй сигнальной системы, ребенок более сознательно относится к своим болезненным переживаниям страха.

Иначе говоря, речь идет уже не о шоковой реакции, а о неврозе страха в настоящем смысле этого слова.

Вторая клиническая форма невроза страха характеризуется более сложной клинической картиной и бо́льшим ее

разнообразием. Течение более длительное и чаще наблюдаются рецидивы. При затяжном течении переживание страха в дальнейшем приобретает характер навязчивого состояния по типу фобии.

В происхождении и той, и другой формы невроза известную роль играют и индивидуальные особенности, разные при обеих этих формах.

Первая форма невроза чаще наблюдается у детей впечатлительных, пугливых, с выраженным пассивно-оборонительным рефлексом. На всякую перемену обстановки эти дети отвечают реакциями тормозного типа, на всякий новый неожиданный раздражитель реагируют испугом. Характерна для этих детей также повышенная внушаемость и самовнушаемость. Эти дети не по возрасту инфантильны, иногда даже у них несколько задерживается общее развитие (данные Е. Е. Сканави).

В преморбидных особенностях детей, страдающих второй формой невроза страха, отмечается ряд других черт, свойственных тревожно-мнительному характеру (в понимании А. Н. Суханова). Они также впечатлительны и легко ранимы, очень внушаемы и самовнушаемы, но основным в их характере является тревожность, постоянное беспокойство о будущем, боязнь плохой отметки, страх наказания. Многие из них чрезмерно привязаны к своим родным, тревожатся за них; другие очень беспокоятся о своем здоровье. Роль индивидуальных свойств личности в происхождении второй формы невроза относительно больше, чем в происхождении первой.

Между отмеченными выше двумя клиническими формами невроза страха нет резкой грани. Это понятно, так как длительное аффективное напряжение в связи с конфликтом при трудной жизненной ситуации делает ребенка менее выносливым, и незначительные раздражители становятся для него сверхсильными, легко возникает шоковая реакция в форме «невроза испуга». И, наоборот, после перенесенной острой психической травмы, вызванной остро действующим интенсивным раздражителем, нарушаются приспособительные функции нервной системы, и ребенок плохо справляется с жизненными задачами, они становятся для него трудными. Возникают конфликтные состояния, лежащие в основе «невроза страха».

Приведем клинические примеры проявлений этих двух различных форм невроза. Считаем целесообразным распределить эти примеры в определенном порядке, начиная с более элементарных по своей клинической картине, которые часто трудно отграничить от состояний страха, наблюдаемых у здоровых детей, и кончая более сложными формами неврозов, принимающими затяжной характер. Часто это беспредметные страхи, сопровождающиеся плохим самочувствием, неприятными

телесными ощущениями. Среди последних форм невроза страха чаще отмечаются протрагированные формы течения по типу патологического развития.

Более элементарные формы невроза, обусловленные острой психической травмой (невроз испуга), чаще наблюдаются у детей младшего возраста или инфантильных субъектов, у которых отмечается задержка развития.

Клиническая картина этих форм более бледна и однотипна. Страхи чаще всего носят конкретный характер. В содержании страха обычно можно отметить связь с травмирующей ситуацией. Так, у ребенка, испугавшегося собаки, в дальнейшем при виде собаки возникает приступ страха. Нередко страх распространяется на сходные предметы. Например, ребенок, испугавшийся кошки, в дальнейшем испытывает страх не только перед кошкой, но боится всего мягкого, пушистого.

Т. П. Симсон описывает следующее наблюдение. Девочка 1 года 1 месяца, увидев на бульваре медведя, сначала как будто ему обрадовалась, но, когда медведь зарычал, стала дрожать, плакать. С тех пор у девочки возникает страх, когда она идет мимо бульвара, на котором видела медведя, боится даже взять в руки игрушечного мишку. Стала бояться висящего платья. По ночам просыпается с криком. До этого девочка развивалась нормально, страхов не было.

Особенно частой причиной неврозов испуга у детей являются драки, скандалы, вид пьяного человека.

Девочка 1 года 10 месяцев пережила сильный испуг: в комнате, где она спала, была драка. С тех пор при всяком шуме она дрожит «мелкой дрожью», плачет, когда видит «дядю», участвовавшего в драке. Если один другого дружелюбно возьмет за плечо, то девочка реагирует на это как на драку и тоже начинает дрожать. Ребенок развивался нормально; с рождения отмечено косоглазие. До инцидента была спокойным ребенком. Сейчас угрюмая, при недовольстве злобная, дерется, кусает себе руки, бьет мать (из наблюдений Т. П. Симсон).

Состояния страха протекают обычно в форме отдельных приступов. Каждый приступ сопровождается тревожным настроением, двигательной ажитацией, дрожью, подергиваниями и более или менее выраженными функциональными соматическими и вегетативными расстройствами. Приступы страха наблюдаются в различное время суток, но у маленьких детей чаще всего они бывают вечером или ночью («ночной испуг»; см. лекцию 8).

Т е ч е н и е обычно благоприятное, постепенно эти болезненные проявления исчезают. Затяжное течение этого невроза отмечается у физически ослабленных детей с остаточными явлениями после перенесенных инфекций и травмы мозга.

Иллюстрацией сказанного может служить следующая история болезни.

Девочка 11 лет. Раннее развитие нормальное, жила в деревне. В дошкольном возрасте была общительной, послушной. В возрасте 5 лет перенесла психическую травму: ее сильно перепугал один мальчик. С этого

времени стала робкой, боязливой, тревожной. Пошла в школу с 7 лет, учится с трудом. За полгода до поступления в клинику девочка находилась в детском лагере, где дети пугали ее страшными рассказами. Однажды при засыпании, в полудремотном состоянии девочка сильно испугалась: она почувствовала, будто по ней пробежала мышь, «видела ее». С этого дня она не могла спать одна. Всякий раз, когда ложилась в постель, ей казалось, что видит мышь, что чувствует, как она бежит по ее руке, ощущала покалывание, как будто что-то ползает. Стала бояться оставаться одна дома. Мать нередко заставала ее в состоянии страха, рыдающей. Девочка перестала учиться в школе. В связи с этим была направлена в клинику.

Физическое состояние девочки при поступлении: отстает в развитии, питание пониженное, внутренние органы без изменений. Со стороны нервной системы органических изменений нет. Отмечаются лишь усиленные вегетативно-сосудистые реакции. Анализы мочи и крови без отклонений от нормы.

В беседе с врачом приветлива, робка, охотно говорит о своей болезни, ищет помощи у врача. В отделении с детьми тиха, малозаметна. Во время занятий в классе очень медлительна, плохо переключается с одного предмета на другой. К концу занятий работает быстрее, проявляет больше уверенности и самостоятельности. В первое время пребывания долго не засыпает, спит тревожно, часто вечером при засыпании «видит» мышь то на себе, то на соседке по кровати. В это время чувствует, как что-то ползает по руке; ей кажется, что на одежде дыра. Днем страха нет. Было проведено лечение бромом с кофеином; назначены теплые ванны. Страхи исчезли, девочка стала более спокойной. После месячного пребывания в клинике выписана в хорошем состоянии.

В данном случае течение невроза страха у соматически ослабленной девочки было затяжным. Однако лечение и перемена обстановки в сравнительно короткий срок избавили больную от страха. Наряду с этими более элементарными по своей картине формами неврозов, отражающими в своем содержании травмирующую ситуацию, существуют и другие, более сложные, где выявить причину страха часто бывает трудно.

У детей младшего возраста очень часто наблюдается страх одиночества. Ребенок не отпускает от себя мать, всюду следует за ней. При уходе матери из дому у него отмечаются такие резкие аффективные вспышки с двигательным возбуждением, плачем, что мать вынуждена остаться дома. Такой страх расставания с матерью мы наблюдали у некоторых детей при поступлении в школу. Это обычно неправильно воспитанные, «заласканные» дети, не приученные к самостоятельности, плохо привыкающие к школе. При умелом педагогическом подходе эти страхи обычно скоро проходят. Новая обстановка, интересные впечатления дают много новых эмоциональных раздражителей. При отсутствии педагогического подхода такие страхи могут принять длительный характер. Это клиническая разновидность страха описана разными авторами под названием «школьный невроз».

У такого ребенка, впервые поступившего в школу (в возрасте 7—8 лет), каждый раз при необходимости идти туда меняется состояние. Он становится раздражительным, агрессив-

ным, настаивает на том, чтобы его отпустили из школы. Родители иногда не понимают патологического характера страха ребенка перед школой, реагируют на это как на упрямство, что еще больше углубляет тяжесть невротического состояния. В одних случаях этот страх перед школой связан с боязнью расстаться с матерью, к которой ребенок очень привязан, в других — с боязнью перемены обстановки. В некоторых случаях, чтобы избавиться от неприятного переживания, от необходимости идти в школу, ребенок жалуется на головную боль, усталость. Иногда в этом периоде появляется недержание мочи и кала, анорексия, отказ от еды. У некоторых детей проявление страха перед школой выражается просто в том, что ребенок убегает из школы, все время проводит на улице. Возникает новая травмирующая ситуация, боязнь, что родители узнают о его обмане. Тем самым патологическая реакция затягивается.

Дети, страдающие боязнью пойти в школу, характеризуются повышенной тормозимостью, большой впечатлительностью и неуверенностью в себе. Наряду со страхом перед школой у них отмечаются и другие формы страха.

Приведем клинический пример.

Девочка 9 лет развивалась нормально. В раннем возрасте перенесла ряд инфекций (дизентерию, ветряную оспу, паротит), после которых осталась соматически ослабленной. По характеру была очень застенчивой, впечатлительной, робкой. Воспитывалась матерью и бабушкой, которые ее чрезмерно опекали и не приучали к самостоятельности. Девочка росла среди взрослых, мало общалась с детьми. 7 лет пошла в школу и в первый же день очень испугалась, оказавшись случайно запертой в уборной (дверь автоматически захлопнулась). Когда девочка вернулась с опозданием в класс, неопытная учительница вместо того, чтобы ее успокоить, сделала ей замечание в резкой форме. Девочка долго плакала, просилась домой к маме. Стала отказываться посещать занятия, так как боялась школы и учительницы. Согласилась вернуться туда лишь при условии, что мать будет вместе с ней в школе. Через несколько дней, обнаружив, что в вестибюле матери нет, девочка стала громко кричать и снова отказалась посещать школу. Возобновила занятия только после курса психотерапии, проведенного врачом психоневрологического диспансера. В течение нескольких месяцев училась удовлетворительно. Однако после перенесенной болезни (затяжной грипп, бронхит) вновь отказалась посещать школу, занималась с учительницей дома. Длительное наблюдение в детском психоневрологическом диспансере не обнаружило у девочки других психических расстройств, кроме страха перед школой. Девочка вполне доступна, критически относится к своим страхам, говорит: «Хочется пойти в школу, но боюсь». Чрезмерно привязана к матери. Эмоционально живая, интеллект развит достаточно (наблюдение Ф. Я. Кацнельсона).

Лоней (Launay) выделяет две клинические формы школьного невроза. Первая чаще встречается у детей младшего возраста и проявляется в вегетативно-соматических расстройствах (анорексия, привычная рвота, энурез и др.), причем ребенок нередко «использует» эти болезненные проявления для того, чтобы избегнуть неприятной для него ситуации — направления в школу. Вторая форма, наблюдающаяся чаще у детей старшего возраста, характеризуется более сложной клинической картиной. Речь идет о настоящей фобии,— немотивированном страхе перед школой,— с которым ребенок не в состоянии бороться.

При лечении «школьного невроза» следует избегать двух ошибок: во-первых, нельзя насильно заставлять детей посещать школу, это восстанавливает ребенка против родителей и усиливает страх; во-вторых, нельзя углублять разрыв между ребенком и школой, так как его трудно будет вернуть в школу. Необходимо успокоить ребенка, искать пути воспитания интересов ребенка к школьной работе. Иногда лучше переменить школу, доверить ребенка более опытному педагогу. В каждом конкретном случае нужно знать особенности личности ребенка, чтобы легче вскрыть корни происхождения этой фобии и предпринять необходимые лечебно-педагогические меры воздействия.

Одной из наиболее частых форм невроза страха, наблюдающегося у детей различного возраста, является страх за жизнь и здоровье. Чаще всего возникновение такого невроза обусловлено психической травмой в связи с болезнью или смертью близких. Психическая травма иногда действует остро, но ей предшествует период длительной психической травматизации.

Во время приступа страха больные жалуются на болезненные ощущения в различных органах. Чаще всего отмечаются жалобы на остановку сердца, затруднение дыхания либо глотания. Больные высказывают уверенность в том, что они тяжело больны, их ждет неминуемая смерть, требуют постоянного внимания и помощи медицинского персонала. Они высказывают различные предположения о характере своей болезни, обнаруживая при этом большую внушаемость и самовнушаемость, ловят каждое слово окружающих их людей и расценивают все как признак своего тяжелого состояния. Беседа с врачом успокаивает больного лишь на короткое время, а затем снова повторяются те же жалобы. На высоте приступа страх и тревога нарастают, больной находится в состоянии тревожной ажитации, не верит в возможность излечения. По окончании приступа у многих больных отмечается критическое отношение к пережитому; некоторые из них даже удивляются, почему им было так страшно. У других больных и вне приступа наблюдается боязнь за свое здоровье и фиксация внимания на неприятных ощущениях. Настроение этих больных характеризуется неустойчивостью, всякое неосторожное слово окружающих может возбудить тревогу и опасение за свое здоровье и послужить поводом для возникновения приступа страха. В своих отношениях с окружающими эти дети обнаруживают повышенную внушаемость, впечатлительность, мнительность, легкую возбудимость.

Приведем следующий пример.

Девочка 12 лет. Мать девочки тревожно-мнительного склада. В семье матери есть также много тревожных, мнительных субъектов. Беременность матери протекала при явлениях токсикоза. Роды тяжелые и длительные,

в течение 3 суток. Девочка родилась в асфиксии, но в дальнейшем развивалась правильно. В 5-летнем возрасте перенесла пневмонию в тяжелой форме, была в бессознательном состоянии. Росла застенчивой, робкой, плаксивой. Очень рано обнаружились расстройства сна и аппетита. В школу пошла с 8 лет. Учение давалось легко, была отличницей, добросовестной и старательной ученицей. Обращала на себя внимание своей тревожностью, боязливостью, неуверенностью в себе, стремлением много раз проверять задания. Будучи очень привязана к матери, всегда тревожилась, если та задерживалась позднее обычного. Все семейные неприятности переживала тяжело, как взрослая. Начало настоящего заболевания связано с психической травмой: в течение полугода потеряла сестру, тетку, двоюродного брата. В это же время пришло извещение о гибели отца на фронте. Все эти события сильно потрясли девочку. Стала еще более тревожной, тоскливой, высказывала опасения, что бабушка умрет, мать не перенесет этой потери, и тогда она останется совсем одна. С тех пор стала сильно волноваться и опасаться за свое здоровье. Появился страх ездить в метро, говорила, что ей трудно там дышать, опасалась крушения. В дальнейшем развиваются приступы страха, сопровождающиеся сердцебиением, затруднением дыхания, резкой бледностью. На высоте приступа состояние резкой тревоги, плачет, уверена в том, что ее ожидает какое-то несчастье.

Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Не были отмечены также патологические симптомы со стороны центральной нервной системы. Обнаружены признаки вегетативной дистонии, гипералгезия слева с чувством жжения, упорный красный дермографизм, понижение резистентности капиллярной стенки слева, ясно выраженная ортоклиностатическая проба, аритмия пульса, повышенное восприятие запахов симпатотропной группы.

В беседе с врачом больная высказывает ряд жалоб на невозможность дышать, на боли в области сердца. Часто кажется, что «скоро произойдет что-то очень тяжелое, обвал потолка, крушение поезда», очень боится заболеть и находит в себе различные признаки заболевания. Зорко следит за каждым движением врача во время обследования. Ищет в высказываниях врача подтверждения тяжести своей болезни.

В отделении продолжает высказывать жалобы на боли в различных частях тела. Временами, чаще к вечеру, возникают приступы страха с сердцебиением и расстройством дыхания. Боится остаться одна в комнате, жалуется, что ей не хватает воздуха и что она скоро умрет. Сон тревожный, долго не может уснуть. Интеллектуально больная сохранна, но работоспособность снижена. Девочка пробыла в клинике 2 месяца. После лечения гипнотическим внушением, бромом, теплыми ваннами стала более спокойной и уверенной в себе, реже жаловалась на свое здоровье, принимала участие в школьных занятиях. Приступы страха исчезли, была выписана в хорошем состоянии. Катамнез через 5 лет: здорова, страхов нет, закончила школу.

Причиной невроза страха у данной больной является эмоциональное перенапряжение в связи с рядом психических травм, следующих друг за другом в течение полугода (смерть близких ей людей). Необходимо учесть, что у девочки отмечается ряд особенностей астенического склада (боязливость, тревожность, нерешительность). К тому же она воспитывалась в семье тревожно-мнительных людей, совершенно необоснованно уделявших большое внимание вопросам здоровья и болезни, что способствовало фиксации внимания девочки на этих вопросах. В анамнезе больной имеется ряд патогенных факторов (аномалии беременности и трудные роды у матери, а также перенесенная в 5-летнем возрасте

тяжелая пневмония), которые могли снизить функциональную активность коры больших полушарий.

Необходимо подчеркнуть, что в соматическом состоянии этих детей еще и в доболезненном периоде нередко можно было отметить признаки врожденной нервности с явлениями вегетативной дистонии. Дети были очень впечатлительными, часто жаловались на неприятные ощущения со стороны сердца, сердцебиение, одышку, невыносливость к резким колебаниям температуры и барометрического давления. Этими преморбидными особенностями объясняется, почему у таких больных легко возникают те функциональные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта и других внутренних органов, которые носят название «невроза органов». На примере детей, страдающих неврозом страха за свое здоровье, очень наглядно видно, что невроз — патологическое состояние, охватывающее весь организм. И. П. Павлов всегда обращал внимание на сложный характер взаимоотношений между центральной нервной системой, с одной стороны, и эндокринной сферой и вегетативным аппаратом — с другой. Перенапряжение нервных процессов в результате психической травматизации может обусловить различные расстройства функций эндокринной и вегетативной нервной системы (у подростков чаще всего возникают явления базедовизма). В то же время неполадки в эндокринной сфере, во внутренней среде организма могут снизить устойчивость и сопротивляемость нервной системы по отношению к психической травме.

Отсюда понятна сложность взаимоотношений, имеющих место в возникновении неврозов вообще и неврозов страха за свою жизнь в особенности. Для этой формы невроза страха типично сочетание психогенных и соматогенных факторов. При этом соматогенный фактор часто является тем обязательным специфическим условием, при отсутствии которого невроз страха не возникает. В содержании психогенного причинного фактора есть также типичные черты — это наличие болезни или смерти близких. Из соматогенных факторов наиболее частыми являются длительно или хронически протекающие инфекции (бруцеллез, ревматизм, повторные ангины, гриппы), поражающие преимущественно сосудистую и вегетативную нервную систему.

Среди различных клинических вариантов невроза страха нередко встречаются формы, распознавание которых связано с большими затруднениями, так как часто трудно решить, какой из двух факторов (соматогенный или психогенный) является ведущим.

Об этих формах А. Г. Иванов-Смоленский писал, что чаще всего они представляют собой результаты совокупного действия и того, и другого, т. е. вредностей как психогенного, так и соматогенного происхождения. Тем более что в первом случае всегда в той или иной мере в заболевание вовле-

кается вегетативная нервная система (и вместе с ней вообще внутренняя среда организма), а во втором — нередко появляется особая хрупкость высшей нервной деятельности, повышенная ранимость ее в отношении психической травматизации.

К этим этиологически сложным и трудно распознаваемым формам относится и невроз страха, возникающий у детей в состоянии постинфекционной астении (после перенесенного гриппа, малярии, при ревматической инфекции, при некоторых формах хронической интоксикации, вяло протекающих энцефалитах).

В следующем клиническом примере невроз страха возник под влиянием психогенных факторов на фоне мозговой инфекции в связи с прививкой против брюшного тифа.

Мальчик 12 лет поступил с жалобами на расстройство настроения, головные боли, страх смерти. Наследственность: отец тревожно-мнительный человек, боится заражения, интересуется медицинской литературой, «проверяет по ней свое здоровье». Общительный, эмоциональный, чуткий, отзывчивый. Мать тоже склонна к страхам, эмоционально лабильна.

Развитие правильное, но с грудного возраста беспокоен. Перенес много инфекций, находится на учете в туберкулезном диспансере. С раннего возраста отмечается повышенная впечатлительность, робость, пугливость, утомляемость, тревожный сон. Семейная атмосфера всегда была насыщена разговорами о болезни, смерти, чрезмерной тревогой родителей в отношении здоровья ребенка. Уже в дошкольном возрасте мальчик боялся переходить через трамвайную линию, тревожился, если родители не возвращались в срок. Начиная со школьного возраста отмечалась мнительность, боялся болезней, простуды, когда заболевал, беспокоился, что умрет. Когда кто-нибудь умирал, мальчик боялся умереть от той же причины. Когда кто-нибудь из соседей заболевал, с опаской обходил двери его квартиры. Тяжело переживал потерю близких, «думалось о смерти». Интересовался медицинскими вопросами, мечтал сам быть врачом. В школе учился хорошо, но отмечалась повышенная утомляемость и волнение при ответах.

Настоящее заболевание возникло следующим образом. Мальчику была сделана вторая прививка против брюшного тифа. В течение 2 суток была повышенная температура, затемненное сознание; плохое самочувствие оставалось в течение нескольких дней, ощущал сердцебиение при резких движениях и утомляемость. В таком состоянии пошел в школу, где его случайно ударили в область прививки. Мальчик почувствовал сильную боль, побледнел, закружилась голова, забилось сердце, казалось, что умирает. В последующие дни температура повышалась до 38°, отмечались сердцебиение, тошнота, боли в животе, головная боль. С тех пор тревожен, напряжен, депрессивен, бесконечно жалуется на соматическое состояние, требует врачей, лечения, говорит о всех ему известных болезнях, о воспалении мозга, язве, аппендиците, заболевании печени, почек, щупает себе пульс, измеряет температуру, несколько ночей не спал из-за страха смерти.

Физическое и неврологическое состояние: астения, пониженное питание, умеренный периферический лимфаденит; язык обложен, тошнота, запоры. Печень выходит на 1,5 см из-под реберного края; первый тон сердца приглушен, тоны чистые. Повышенная возбудимость вегетативной сферы (извращенный симптом Ашнера, тремор, дермографизм). Анализы мочи, крови без патологии. Непостоянная анизокория, недостаточность реакции зрачков на конвергенцию, неравномерность коленных рефлексов.

Психическое состояние: хорошо ориентирован в окружающей обстановке, доступен, подавлен, тревожен, весь «заполнен» страхом заболеть и умереть. Высказывает многочисленные жалобы на болезненные ощущения во всем теле, постоянно плачет, вздыхает, требует осмотра, проверки, ощупы-

вает себя, осматривает в зеркале свой язык, заявляет, что у него останавливается сердце, жалуется на одышку, боли в животе, ставит себе сам диагноз. Симптомы, отмечаемые у других больных, находит у себя, умоляет о помощи. Сон расстроен, часто ночью усиливается страх смерти; уверен, что умирает, и в таком настроении пишет прощальное письмо родителям: «Дорогие папочка и мамочка! Я умер, не волнуйтесь, значит, мне так суждено, смерть причину найдет».

В течение 2-месячиого пребывания в клинике постепенно включается в жизнь отделения. Приступы страха смерти становятся реже. Охотно общается с детьми, интеллект полноценеи. При выписке из кнининки уже менее фиксироваи на своих болезненных ощущеииях, ио остается тревожность и мнительность. К своим прежним страхам отношение критическое. Катамнез через год показал, что приступы невроза страха не повторялись, но осталась повышеиная миительиость и тревожиость, снизилась работоспособиость. Иногда отмечались головные боли и головокружения.

В данном случае этиологическая роль психогенного фактора в возникновении невроза страха несомненна. Изнеживающее воспитание мальчика, чрезмерная фиксация внимания на вопросах здоровья, болезни создали тревожность и мнительность у мальчика, его наклонность к невротическим реакциям с ипохондрической фиксацией на болезненных ощущениях. Однако в возникновении патологического состояния способствующая роль инфекционного агента является обязательной. При отсутствии инфекционного заболевания (легкая форма вакцинального энцефалита) невроз страха, возможно, и не возник бы.

Несмотря на различия путей возникновения невроза страха, в клинической картине двух последних больных есть много общего. Приступы страха за свое здоровье и жизнь сопровождаются обильными патологическими ощущениями со стороны различных внутренних органов и объективно отмечается функциональное расстройство со стороны сердечно-сосудистой системы.

У обоих больных переживание страха и обилие патологических ощущений настолько тесно связаны, что трудно определить, что́ здесь первично и что́ вторично.

В отношении п а т о г е н е з а невроза страха были высказаны различные предположения. Одни авторы видели патогенетическую основу невроза страха в диссоциации функций вегетативной нервной системы, в так называемой вегетативной дистонии. Подтверждением этих взглядов служили клинические данные, устанавливающие обилие признаков вегетативной дистонии при неврозе страха.

Были также указания и на то, что в происхождении невроза страха большое значение имеют эндокринные расстройства. И это предположение подтверждалось клиническими фактами — частотой проявлений базедовизма при неврозе страха.

При изучении патогенеза невроза страха за свою жизнь и здоровье ведущую роль придавали патологическим ощуще-

ниям из различных внутренних органов. Предполагалась особая чувствительность периферических центростремительных нервных аппаратов внутренних органов, раздражение которых вызывает патологические ощущения, сопровождающиеся страхом. В. П. Сербский считал, что в основе ипохондрического симптомокомплекса лежит понижение порога сознания к ощущениям со стороны внутренних органов. Он придавал большое значение одностороннему направлению внимания в сторону этих ощущений.

Для объяснения патофизиологической основы невроза страха первостепенное значение имеют данные И. П. Павлова и его учеников о возникновении избирательных, «больных» пунктов в коре больших полушарий при перенапряжении нервных процессов и их «сшибке». Под «больным» пунктом И. П. Павлов понимает функциональные очаги патологического возбуждения в коре больших полушарий, возникающие под влиянием различных вредоносных причин функционального характера. Важно отметить, что речь идет об «очагах» и «пунктах» не в анатомическом, а в физиологическом понимании этого слова. Острая психическая травма — психогенное воздействие, сопровождающееся сильной эмоцией,— создает функциональные очаги сильного возбуждения, которые могут принимать застойный характер, вследствие чего и возникают «больные пункты».

В свете экспериментальных данных И. П. Павлова и его учеников о кортико-висцеральных взаимоотношениях получает свое патофизиологическое обоснование и вторая особенность клинической картины невроза страха — обилие патологических ощущений со стороны внутренних органов. При снижении функциональной активности коры больших полушарий (что наблюдается при неврозе страха) значительно повышается удельный вес интероцептивных ощущений, так как на фоне заторможенной коры больших полушарий (парадоксальная фаза) даже те нормальные ощущения со стороны сердца или желудка, которые в норме не воспринимаются, становятся ощутимыми. При наличии патологических очагов застойного возбуждения в вегетативных центрах подкорковой области интероцептивные ощущения могут принимать очень болезненный, альгический, характер.

А. Г. Иванов-Смоленский различает следующие патофизиологические механизмы, которые лежат в основе «больных» пунктов при неврозе страха: 1) локальные нарушения, связанные с патологическим функциональным очагом, прикосновение к которому вызывает нарушение корковой деятельности; 2) расторможение, активация следов когда-то выработанной и запечатленной в мозгу оборонительно-условной связи при условии возникновения в мозговой коре тормозных состояний; 3) образование инертного пункта возбуждения, связанного с инертностью нервных процессов (большая косность локальных нарушений, выступающая главным образом в упорстве неугасимости условного рефлекса).

Патофизиологические механизмы образования двух вариантов неврозов страха различны. Патофизиологическую основу первого из описанных выше клинических вариантов следует искать в патологически упрочившейся условной связи (вторая группа, по А. Г. Иванову-Смоленскому). Во втором клиническом варианте невроза страха в образовании «больного пункта» ведущая роль принадлежит эмоциогенному фактору — гнетущему аффекту в связи с тяжелой конфликтной ситуацией (первая группа, по А. Г. Иванову-Смоленскому).

В более тяжелых и затяжных по течению формах, когда невроз страха принимает характер навязчивого состояния, патофизиологические механизмы более сложны.

По своему течению невроз страха у детей значительно отличается от неврозов у взрослых. Это отличие определяется большей динамичностью клинических проявлений. Невроз страха у ребенка протекает более благоприятно, более быстро, исчезает при перемене обстановки. Наряду с этим наклонность к повторению страхов у детей сравнительно более высокая, чем у взрослых.

У детей астеничных, тревожно-мнительного склада, невроз страха иногда может принять затяжное течение по типу пролонгированного невроза. Ключ к пониманию патофизиологической основы этих затяжных состояний, протекающих иногда с картиной стойкого ипохондрического синдрома, можно найти в исследованиях И. П. Павлова и его учеников (А. Г. Иванова-Смоленского и М. К. Петровой). А. Г. Иванов-Смоленский подчеркивает, что патодинамическая структура — так называемые больные пункты — иногда полностью не исчезает, и психогенно обусловленное патологическое состояние коры больших полушарий полностью не ликвидируется. Иногда надолго остается «патодинамическая структура», отражающая содержание перенесенной психической травмы. Эти «больные» пункты становятся, таким образом, источником рецидивов.

Клинические наблюдения детской практики подтверждают и данные, полученные М. К. Петровой при изучении экспериментальных неврозов у животных, устанавливающие возможность оживления различных страхов при наличии тормозного состояния в коре больших полушарий. Так же и у детей всякое изменение жизненной ситуации, обусловливающей состояние торможения в коре, может вызвать оживление ранее перенесенных приступов страха.

При лечении неврозов страха большое значение приобретает правильная организация среды и условий воспитания ребенка. Благотворное влияние оказывает включение больного в деятельность, в среду веселых, жизнерадостных детей. Положительное влияние оказывает трудовая терапия. В связи с новой, интересной для ребенка деятельностью повышается корковый тонус, создаются новые очаги возбужде-

ния в коре полушарий и по закону отрицательной индукции снимаются так называемые больные пункты.

При отсутствии терапевтического эффекта от перемены обстановки и лечебно-педагогических мероприятий необходимо применить специальное лечебное воздействие. Наибольшее значение имеет лечение сном, гипнотерапия (в форме гипнотического внушения), гидротерапия (теплые ванны и души). Из медикаментозных средств лучше всего действуют бромистые препараты в комбинации с кофеином. При затяжных формах удлиненный сон, вызванный применением легких снотворных препаратов (бром, люминал), нередко дает благоприятный эффект. В течение последних лет для лечения затяжных форм невроза страха с успехом применяется аминазин. Это лечение целесообразнее проводить в условиях стационара (см. лекцию 25).

В большинстве случаев все эти мероприятия приводят к положительному эффекту; в меньшей части случаев болезнь может принять затяжной характер. Приступы невроза страха повторяются все чаще и чаще, и вне приступа страха больные становятся более тревожными, ипохондричными. При затяжном течении патологической реакции невроза страха и выраженной наклонности к рецидивам может иметь место и патологическое развитие личности.

Среди затяжных форм течения невроза страха, заканчивающихся патологическим развитием личности, можно выделить два различных клинических варианта. В первом из них в клинической картине преобладает ипохондрический симптомокомплекс (боязнь заболеть). С течением времени суживается круг интересов больного, нарастает инертность психической деятельности, больной уходит в свои болезненные переживания. Речь идет об *ипохондрическом* развитии личности. В другом клиническом варианте затяжного течения невроза страха клиническая картина с годами становится все более сложной. Кроме навязчивых страхов, появляются навязчивые движения, действия и поступки, навязчивые мысли и сомнения. Этой форме патологического развития, которую называют обсессивной, мы посвящаем одну из последующих лекций (см. лекцию 7).

Лекция 6

ПОДОСТРЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ

(Продолжение)

Истерия, истерические реакции

Сущность того патологического состояния, которое лежит в основе истерической реакции, в течение долгих лет различные авторы объясняли неодинаково. Одни видели основное расстройство в повышенной внушаемости (В. М. Бехтерев, Бабинский, Шарко), другие — в изменениях аффекта, третьи объясняли происхождение истерической реакции наличием волевой тенденции — «злой воли» к болезни. В каждой из трех названных выше теорий есть какое-то зерно истины, но ни одна из них, в отдельности взятая, не может объяснить сущности истерической реакции.

Повышенная внушаемость и самовнушаемость являются одним из существенных моментов в механизме истерической реакции. Без этих особенностей было бы трудно объяснить, каким образом доминирующее представление приобретает большую патогенную значимость и оказывает такое сильное воздействие даже на те соматические функции, которые обычно не поддаются влиянию воли. Однако можно ли считать повышенную внушаемость специфичной только для истерической реакции?

Есть достаточно оснований ответить на этот вопрос отрицательно, ибо повышенная внушаемость или самовнушаемость характерны также для ипохондрических форм, для навязчивых состояний. Теория, выдвигающая на первый план повышенную внушаемость, не удовлетворительна еще и потому, что она не объясняет, на чем основана повышенная внушаемость, что придает такую большую силу доминирующей идее. Иначе говоря, не учитывается роль аффекта как центрального звена в происхождении психогенной реакции.

Аффектогенная теория истерии, получившая большое распространение, также не может дать исчерпывающего объясне-

ния истерии. Особенно это касается теории Фрейда, о методологической порочности которой мы уже говорили (см. лекцию 1).

Не может полностью удовлетворить советского психиатра и третья точка зрения, когда подчеркивается целевой характер истерической реакции, определенная тенденция использовать болезненный симптом для своей выгоды («бегство в болезнь» от трудной жизненной ситуации).

Сложность клинических проявлений истерии не может быть понята в свете этой теории. Разнообразные симптомы истерии нельзя объяснять только «волей» к болезни. К таковым относятся некоторые анестезии, стриарные автоматизмы, связанные с функционально-динамическими нарушениями корковых и подкорковых систем.

Некоторые психиатры (Крепелин, Кречмер) стремились создать построенную на эволюционном принципе биологическую теорию истерии. В свете биологической концепции истерическая реакция рассматривается как одна из форм старых защитных механизмов, появление которой свидетельствует о регрессе психики на более низкие онтогенетические ступени развития. Многие из истерических симптомов трактуются как старые защитные акты, бывшие когда-то целесообразными (на более низких ступенях филогенетического развития). Так, истерическое сумеречное состояние с психомоторным возбуждением сравнивается с реакцией «двигательной бури», а психомоторный ступор сопоставляется с картиной «мнимой смерти», появляющейся у животных в момент смертельной опасности. Преимущество этой теории, рассматривающей истерические симптомы, как филогенетически старую защитную реакцию, можно видеть и в том, что она лучше объясняет, почему к истерическому типу реагирования более предрасположены лица с незрелостью (инфантильностью) психики врожденного или приобретенного характера.

Подчеркивая продуктивность биологической концепции истерии, мы все же должны указать, что она не может объяснить многие из истерических проявлений, так как нельзя сводить всю клиническую картину истерической реакции к предуготованным шаблонам филогенетических, старых, инстинктивных механизмов.

Параллельно с развитием физиологического направления в психиатрии и укреплением ее материалистических позиций для объяснения истерических расстройств все больше привлекаются физиологические теории.

Физиологическую теорию истерии советские психиатры строят на основе учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности.

И. П. Павлов считал, что объективное изучение высшей нервной деятельности так подвинулось вперед, расширилось

и углубилось, что не является рискованным физиологически понимать и анализировать такую сложную патологическую картину, какую представляет собой истерия.

Характерным для истерии И. П. Павлов считает: 1) функциональную слабость коры при преобладании подкорковых импульсов; 2) неуравновешенность двух сигнальных систем, причем слабой оказывается вторая. Слабость второй сигнальной системы объясняет склонность истеричных к необузданному фантазированию и в крайнем пределе — к сумеречным состояниям.

На основном фоне слабости больших полушарий истеричных постоянно и в разнообразных комбинациях обнаруживаются три частных физиологических явления: 1) легкая подверженность гипнотическому состоянию в разных степенях вследствие того, что даже обычные жизненные раздражения оказываются сверхмаксимальными и сопровождаются запредельным разлитым торможением (парадоксальная фаза); 2) чрезвычайная зафиксированность и концентрированность нервных процессов в отдельных пунктах коры вследствие преобладания подкорки; 3) чрезмерная сила и распространенность отрицательной индукции, т. е. торможения.

Очень ценно в концепции И. П. Павлова выдвинутое им положение о динамическом соотношении двух уровней — коркового и подкоркового. Это соотношение представлено И. П. Павловым следующим образом: бодрое деятельное состояние больших полушарий отрицательно индуцирует подкорку, задерживает ее деятельность, и, наоборот, задержанное, заторможенное состояние полушарий освобождает подкорку, усиливает ее деятельность. У истеричных легко наступают аффективные взрывы и особые приступы инстинктивной и рефлекторной деятельности («буйство подкорки», как назвал это состояние И. П. Павлов).

Н. И. Красногорский и его ученики, изучая условные и безусловные рефлексы при истерии у детей, пришли к выводу, что нервные клетки истеричных детей быстро истощаются, они не переносят никаких более или менее сильных раздражителей, развивая в этих условиях защитное торможение.

Симптоматика истерической реакции у детей имеет ряд отличительных особенностей по сравнению с тем, что наблюдается у взрослых. Как и при многих других детских нервно-психических расстройствах, нарушения двигательной сферы и здесь относятся к числу наиболее частых синдромов. Из них первое место по частоте занимает астазия-абазия, для которой характерна возможность двигать конечностями при полном отказе от ходьбы и стояния. Варианты астазии-абазии (спастические, паралитические) одинаково часто встречаются в детской практике. В некоторых случаях

нарушение двигательных функций сопровождается слабостью движений, нарушением уверенности в направлении движений, расстройствами координации по типу хореи и атаксии.

Следующим по частоте расстройством являются истерические параличи, среди которых встречаются и вялые формы, и с контрактурами. Наиболее часто отмечается параплегия нижних конечностей, реже верхних. Гемиплегии истерического характера наблюдаются у детей значительно реже. Поражение конечностей обычно резко ограничено суставной линией; изолированных параличей отдельных мышц не отмечается. Важно указать также на редкость поражения лицевой мускулатуры при истерических гемиплегиях. Отмечающиеся контрактуры при истерических параличах более массивны, часто наступают остро, по апоплектиформному типу.

Ирритативные симптомы встречаются значительно реже, из них наиболее частой формой являются хореиформные гиперкинезии с характерными, ритмически повторяющимися движениями.

Из моторных ирритативных симптомов следует еще упомянуть о припадках. Сложная картина истерического припадка, описанная Шарко под названием «большой истерии», с последовательной сменой отдельных стадий (истерическая дуга, клоунизм, стадия страстных поз и театральных движений) у детей встречается редко.

Припадки характеризуются размашистыми движениями с обилием выразительных жестов. Следует отметить легкое возникновение припадков при давлении на так называемые истерические пункты. Это удается у детей легче, чем у взрослых, и часто не требует даже определенных мест; иногда при надавливании на любое место у ребенка можно вызвать припадок. После припадка в течение некоторого времени могут остаться параличи, контрактуры, разные расстройства дыхания по типу астмы, респираторные аффективные судороги. Особого упоминания заслуживает истерический кашель, особенно часто встречающийся у детей, перенесших коклюш. Отмечаются также судорожные расстройства в области пищеварительного (судорожное глотание, рвота, задержка дефекации) и мочеполового (спазмы мочевого пузыря, задержка мочи) аппаратов. Судорожные проявления отмечаются также в области речевых функций (истерическое заикание). Нередки истерический мутизм и афония.

Изменения чувствительности в форме гипо- и гиперестезии у детей встречаются значительно реже, чем у взрослых. Этим изменениям присущи все особенности, характерные для истерических расстройств, а именно: изменение чувствительности всегда ограничивается зонами, зоны выпадения соответствуют примитивному представлению больного

об анатомии. Это обычно целый орган, конечность, рука или нога до определенного сустава. Иногда зона выпадения соответствует определенной части туалета — чулок, пояс, шапка. Особенно часто снижение чувствительности слизистых оболочек.

Отсутствие конъюнктивального и глоточного рефлексов считается характерными истерическими стигматами.

Проявление гиперестезии у детей выражается в идиосинкразии к определенным раздражителям: шерсти, меху, металлу, определенным запахам и др.

Из расстройств органов чувств наиболее частым является в детском возрасте истерический амавроз (истерическая слепота); психогенная глухота у детей встречается реже (нам пришлось наблюдать один лишь случай истерической глухоты). Нередкий симптом — истерический блефароспазм.

Особое место в клинической картине истерии у детей занимают пароксизмы с различными формами измененного сознания. Часть из этих пароксизмов проявляется обмороками с характерной бледностью лица, расслабленностью мускулатуры, малым пульсом, нечувствительностью к внешним раздражениям. У детей старшего возраста отмечаются и более выраженные психопатологические расстройства по типу так называемых истерических сумеречных состояний. Каждый приступ сопровождается устрашающими переживаниями с криком и неистовством. Характер измененного сознания в этот период не такой грубый, как при органических формах (в большинстве случаев речь идет не о помраченном, а об аффективно суженном сознании). Больные сохраняют способность избегать опасности, не разрушают тех предметов, которые нужны, говорят по-разному с людьми, находящимися с ними в разных общественных взаимоотношениях. Однако воспоминание о пережитом во время приступа часто отсутствует или сохраняется лишь частично. Чаще, чем выраженные формы так называемых истерических сумеречных состояний, отмечаются особые приступы, во время которых ребенок ведет себя не соответственно возрасту: шепелявит, сюсюкает, как маленький; играет в игры, не соответствующие его возрасту, дает ответы не по существу. Все поведение его носит характер какой-то нарочитости, игры, что вполне соответствует тем картинам, которые у взрослых описаны под названием псевдодементного состояния и пуэрилизма.

У детей младшего возраста эти приступы измененного сознания встречаются реже. Наиболее частой формой пароксизмов у них являются аффективные вспышки гнева и злобы, заканчивающиеся иногда судорожными состояниями, так называемыми аффективно-респираторными судорогами.

Самая возможность выраженных форм истерических реакций в раннем детском возрасте в настоящее время уже никем не оспаривается. Некоторые авторы считают, что в младшем детском возрасте они встречаются чаще у мальчиков, чем у девочек. Брунс (Bruns) чаще всего отмечает начало истерических проявлений в возрасте 7—14 лет, а в отдельных случаях — между 4-м и 6-м годом (астазия-абазия). Случаи контрактуры и тремора головы наблюдались им уже у детей 3-летнего возраста. Из советских авторов о ранних формах истерических реакций писала Т. П. Симсон. Ею описано несколько случаев, когда в годовалом возрасте проявлялись выраженные истерические симптомы. Ребенок при неудовольствии падает навзничь, изгибается дугой, делает движения, как будто плавает. Если в это время мать подходит к нему и исполняет его желания, припадки тотчас же прекращаются. Этот же автор отмечает, что уже в 2-летнем возрасте дети с целью добиться желаемого нередко используют имеющуюся у них готовность к спазмофильным припадкам.

Каковы отличительные особенности детской истерии по сравнению со взрослой? Большинство авторов, изучавших этот вопрос, отмечает следующие особенности истерии у детей: 1) массивность истерических проявлений; 2) большая динамичность симптомов; 3) моносимптомность (по данным Е. Е. Сканави симптомы могут варьировать в пределах одной и той же физиологической системы).

При наличии каких-либо болевых ощущений истеричные дети кричат, неистовствуют, вертятся в кровати, в то время как дети с органическим характером заболевания при таких же болевых ощущениях лежат тихо и спокойно. Массивный характер имеют и истерические контрактуры, которые по своей силе значительно превосходят органические формы. Истерические параличи и анестезии также носят тотальный характер; ни одно движение не удается.

То же относится и к истерическому мутизму, который в противоположность органической афазии не обнаруживает никаких остатков речи, больные не могут произнести ни одного звука.

При распознавании истерической природы того или другого симптома (паралич, контрактура, анестезия) всегда остается в силе основное положение: истерия в своих симптомах «эмансипируется» от тех анатомо-физиологических соотношений, которые характерны для сходных расстройств органического происхождения. Доминирующими здесь являются «наивные анатомические представления». Выше уже было указано, что истерический паралич и истерическая анестезия всегда захватывают конечность в пределах того или иного сустава.

При истерическом амаврозе отсутствует гемианоптическое сужение в поле зрения.

Важным диагностическим признаком при истерических реакциях является наличие психогенного повода (при несоответствии между незначительностью причины и массивностью реакции). Естественно, что этот важный признак ни в коей мере не может считаться решающим, так как психогенный повод нередко играет роль в возникновении органических заболеваний. Податливость симптомов психотерапевтическим воздействиям — важный, но также не абсолютный признак, так как это отмечалось и при органических заболеваниях центральной нервной системы (при закрытой травме мозга и энцефалитах).

При дифференциальном диагнозе истерии ошибочная диагностика может иметь место в двух направлениях: во-первых, поставив диагноз истерии, можно не распознать органического заболевания мозга, во-вторых, истерическая реакция неправильно трактуется как тяжелый церебральный процесс.

Особенно часты затруднения в дифференциальной диагностике истерических проявлений при подкорковых заболеваниях мозга. Нередко наблюдаются истерические симптомы при эпидемическом и ревматическом энцефалитах, проявляющиеся как в отдельных пароксизмах, так и в длительных состояниях психопатического поведения. Элементарность проявления, импульсивный характер двигательного беспокойства, неврологическая картина и, наконец, анамнестические данные позволяют поставить правильный диагноз.

В клинической практике наиболее часто приходится проводить дифференциальную диагностику между эпилепсией и истерией, протекающей с судорожными припадками. В лекциях, посвященных эпилепсии, мы уже касались этого вопроса. Истерический припадок имеет ряд существенных отличий от эпилептического: 1) реактивное начало припадка вслед за неприятным переживанием; 2) отсутствие в картине припадка полной потери сознания, упускания мочи и кала, тяжелых ушибов, прикуса языка; сохранность зрачковых реакций; самый характер двигательных проявлений в картине истерического припадка имеет ряд особенностей: они размашисты, массивны, сопровождаются массой выразительных движений; 3) длительность истерического припадка также значительно больше, чем эпилептического, и может достигать нескольких часов; 4) картина постприпадочного состояния при истерической реакции отличается от эпилепсии (отсутствует оглушенность, а последующий сон не носит патологического характера).

Однако следует учесть, что в отдельных случаях, когда истерическая реакция возникает у лиц с резидуальной це-

ребральной неполноценностью, картина судорожного припадка может соответствовать эпилептическому. В этих случаях любой из симптомов эпилептического припадка, кроме симптома Бабинского, может встречаться при истерическом припадке. Поэтому при дифференциальной диагностике эпилепсии приходится руководствоваться не только картиной припадка, но и данными тщательного анализа всей картины заболевания.

Дифференциально-диагностические трудности могут возникнуть и при отграничении истерической реакции от других психогенных форм. Часто трудно отграничить истерическую реакцию от шоковой, так как клинические проявления той и другой формы нередко очень сходны. Характерные признаки шоковых форм (бóльшая глубина помрачения сознания, более выраженные вегетативно-вазомоторные признаки, наклонность к более элементарным судорогам и сумеречным состояниям) не всегда могут служить критерием дифференциальной диагностики, особенно в клинике детских психических заболеваний. Кроме того, признаки, характерные для истерических сумеречных состояний (как театральность, пуэрилизм, ответы невпопад), иногда могут иметь место и в картине эмоциогенной шоковой реакции. Основное различие истерической реакции от шоковой не столько в самих симптомах, сколько в особенностях структуры переживания. Специфичным для истерии является наличие конфликтного переживания (неудовлетворенность больного своим положением, жажда внимания, стремление поднять свою значимость); тогда как шоковая реакция связана с чрезвычайным раздражителем, конфликтное переживание отсутствует.

Ошибочно применяется название истерической реакции к тем патологическим реакциям у детей, которые возникают по механизму патологических условных связей. Первоначальной причиной патологической реакции является чрезвычайный раздражитель, испуг, вызывающие сильное волнение или какое-нибудь другое неприятное переживание. В дальнейшем всякая ситуация, которая лишь отдаленно напоминает пережитое, вновь дает аналогичные реакции. Так, например, маленький ребенок, испугавшись кошки и реагируя на это сильной дрожью, всякий раз начинает вновь дрожать, когда видит мех, напоминающий кошку. Однако патологическая реакция может со временем приобрести и истерический характер. У детей, страдавших ранее коклюшем, в дальнейшем эта наклонность к спазматическому кашлю часто используется для привлечения к себе внимания родителей.

У маленьких детей с наклонностью к спазмофилии относительно чаще, чем у других, в определенной ситуации развивается судорожное состояние, которое носит название

аффект-респираторных судорог. Не дали любимую игрушку, не выполнили желания, когда ему этого хотелось,— в ответ на это ребенок «закатывается», синеет, появляются клонические судороги, на высоте припадка часто помрачается сознание. У детей с вегетативно-сосудистой неустойчивостью, с наклонностью к обморочным состояниям последние могут возникнуть под влиянием обиды, ревности, отказа в любимой игрушке.

Течение отдельных истерических проявлений всегда зависит от того, насколько удалось устранить причину психической травматизации. При длительных и повторных психических травмах истерические реакции принимают затяжной характер и часто рецидивируют.

Прогноз отдельных истерических проявлений зависит не только от особенностей самого симптома, но и от особенностей характера больного и условий, в которых он живет.

Изучению характерологических особенностей детей, склонных к истерической реакции, был посвящен ряд работ в отечественной и зарубежной литературе. Е. Е. Сканави посвятила изучению этого вопроса специальную работу. Автор выделяет две группы детей, наиболее часто страдающих истерическими проявлениями. В первой из них дети, обнаруживающие ряд особенностей, связанных с вегетативной и сосудистой неустойчивостью (нарушение сна, диатезы, энурез, спазмофильные припадки), физически ослабленные, с эндокринными нарушениями. Эти дети астеничны, с большим сознанием своей неполноценности, обидчивы, сензитивны. У некоторых из них отмечается также внушаемость, беспомощность, которые иногда создаются особым положением их в семье (единственные дети). Во второй группе преобладают патологические неустойчивые личности с повышенной внушаемостью и эмоциональной возбудимостью, неустойчивостью интересов. В противовес первой группе (астеничных) у них более резко выступают черты эгоцентризма, стремление к утверждению своей личности.

Основной особенностью психики таких лиц является психический инфантилизм, который проявляется прежде всего в чрезмерно повышенном внимании к самому себе. Это субъекты, которые не дошли еще до того более высокого уровня развития личности, когда поведение определяется не только личными интересами и влечениями, но и более высокими задачами, связанными с интересами коллектива. Несмотря на общительность, а иногда даже на повышенное стремление быть всегда в коллективе, они по существу никого не любят, кроме себя; в общении с другими людьми они ищут только удовлетворения ненасытной жажды похвалы и признания (клинические особенности истероидной психопатии; см. лекцию 16). Это гипертрофированное чувство «я» все же не на-

ходит у таких детей полного удовлетворения, ибо наряду со стремлением быть первым у них всегда есть и страх оказаться несостоятельным. Эта неудовлетворенность лежит обычно в основе конфликтного переживания.

Важно подчеркнуть, что все отмеченные выше особенности соматического и нервно-психического склада таких детей следует рассматривать только как готовность к истерическим реакциям, но отнюдь не как ее причину. Возникновение патологической реакции истерического типа всегда связано с психической травматизацией (чаще всего в связи с конфликтной ситуацией). Конфликты у ребенка обычно возникают в связи с неудовлетворением его желаний, противоречием между желаниями и возможностями, невозможностью занять определенную позицию в коллективе, в семье, в школе.

Особенности психики, предрасполагающие к истерической реакции, очень часто возникают в связи с неправильным воспитанием ребенка. Поэтому среди факторов, способствующих возникновению истерических реакций у детей, одно из первых мест принадлежит ошибкам воспитания. Особенно пагубно влияние изнеживающего воспитания ребенка, которое приводит к возникновению у него повышенной жажды внимания, эгоцентризма, стремления к постоянной похвале. Эгоизм, неумение сочетать свои желания с интересами своих товарищей особенно часто отмечаются у детей, воспитывающихся вне детского коллектива.

Во всех тех случаях, когда истерическая реакция возникает у ребенка, нормального по своему психическому складу, прогноз сравнительно благоприятен, тогда как при наличии выраженных черт патологического характера прогноз значительно ухудшается. В том случае, когда истерические реакции приобретают повторный, затяжной характер, речь идет уже не об истерической реакции, а об истерическом развитии личности. Последнее чаще наблюдается при наличии дополнительных соматогенных факторов (хроническая инфекция, интоксикация, травма).

Девочка 15 лет поступила в клинику в состоянии полного мутизма и с параличами обеих ног и правой руки.

Отец страдал алкоголизмом, часто менял работу, переезжал с места на место, не мог обеспечить семью, мало заботился о детях.

Больная от первой беременности. Беременность и роды матери протекали нормально. Девочка стала ходить на 2-м году жизни; речь развивалась нормально, без задержки. Посещала детский сад. Была шаловлива, непослушна, большая лакомка. В школу пошла 7 лет; переходила из класса в класс; ко времени заболевания была в 5-м классе. Девочка средних способностей, достаточно развитая, живая, но очень капризная, настойчивая, грубая, требовательная. Училась посредственно, часто ссорилась с подругами в школе. Стремилась к первому месту, командованию.

Во время болезни матери девочка в возрасте 10—11 лет была определена в детский дом, где она прожила около 2 лет с перерывами. В детском доме предъявляла повышенные требования, была груба и

неуживчива. В 13-летнем возрасте заболела бруцеллезом (появились обмороки, резкие боли в ногах, пояснице, суставах; температура то доходила до 39°, то была нормальной). Через месяц после начала заболевания девочка сразу перестала ходить, через 3 дня после этого перестала владеть правой рукой, через полгода появился полный мутизм.

Согласно выписке из истории болезни инфекционной клиники Ташкента, у девочки в это время были ежедневные «судорожные припадки», частые беспричинные «истерики». За время пребывания в инфекционной клинике состояние больной оставалось без перемен в течение 2 лет. Длительное физиотерапевтическое лечение не дало никаких результатов.

Была перевезена в Москву; помещена в нервную клинику II Московского медицинского института; оттуда ее перевели в детское отделение больницы имени Кащенко.

Психическое состояние: девочку внесли в больницу на носилках. Она лежала неподвижно, обе ноги и правая рука повисли, как плети, не оказывают никакого сопротивления пассивным движениям. Живым, настороженным взглядом следит за происходящим кругом.

Контакт устанавливается легко. Хорошо понимает обращенную к ней речь, дает ответы мимикой и нечленораздельным мычанием или письменно. «Мычание» довольно выразительно, в нем часто удается уловить оттенок тех слов, которые должны были бы быть произнесены. Полностью сохранена внутренняя речь, отсутствует только звучание.

. Физическое состояние: девочка хорошо развита, хорошо упитана; законченный половой метаморфоз, менструации с 13 лет, правильные. Внутренние органы нормальны. Болезненность при пальпации в правом подреберье, но печень не увеличена.

Неврологическое состояние: зрачки узкие, равномерные, световая реакция хорошая. Движения глазных яблок в стороны неограниченные. Лицевая иннервация симметрична. Язык вперед не высовывается. Иногда при попытке к фонации имеются небольшие движения, и тогда отмечается незначительное симметричное приподнимание всего мягкого неба. Жевание, глотание без нарушений, никогда не отмечалось поперхивания. Носового оттенка издаваемых нечленораздельных звуков нет. Правая верхняя конечность лежит вяло, без движения. Активные движения невозможны, пассивные — без ограничения. Незначительная диффузная атрофия мышц и костяка. Правая кисть уже и короче левой. Сухожильные рефлексы вызываются. Симптомы Майера и Лери отсутствуют. На левой верхней конечности сила, тонус, движения нормальны.

Нижние конечности: активных движений не производит, пассивные — без ограничения. Тонус вялый, равномерный, во всех суставах контрактур нет. Коленные рефлексы резко повышены. Ахилловы рефлексы живые, равномерные. Клонусоид коленных чашек. Патологических рефлексов нет. Окружность бедра и голени справа на 1 см больше, чем слева. Брюшные рефлексы живые; чувствительность всех видов не нарушена. Реакция перерождения мышц отсутствует. Болезненности нервных стволов и точек Валлей нет. Усиленный вегетативный синдром: резкий дермографизм, потливость, лабильность вазомоториума, упорные запоры, частые жалобы на головную боль.

Моча, а также кровь (гемоглобин, число эритроцитов, формула) в норме. РОЭ 11 мм в час. Реакция Вассермана в крови отрицательная. Спинномозговая жидкость: белка 0,03%, цитоз 10/3, реакция Вассермана отрицательная. Специфические реакции на бруцеллез: проведенная в Москве в Институте имени И. И. Мечникова реакция Райта с культурами бацилл Банга и микрококка мальтийской лихорадки отрицательная.

В отделении в первые дни девочка оставалась в постели, читала книги. С первых же дней больные стали часто группироваться вокруг нее, уделяя ей много внимания. Девочка легко общалась с детьми, прибегая иногда к блокноту. Уже через несколько дней она обнаружила желание принимать участие в школьных занятиях, прогулках. Ее перенесли

на руках к столу. К школьным занятиям она вначале относилась очень серьезно, добивалась хорошей оценки, огорчалась, когда делала ошибки. Сразу же стала проявлять крайнюю раздражительность, капризность, требовательность, подчеркивала свое нежелание подчиняться режиму. По отношению к врачу и всему персоналу приняла враждебно-оборонительную позицию, старалась как можно выразительнее показать презрение и недовольство; могла бросить чем попало, замахивалась на детей и персонал.

Преобладающее настроение угрюмо-раздражительное, недовольное, грубо-требовательное. Интересы сужены, стремится всеми способами добиться превосходства над другими.

Оценив состояние больной как истерическую реакцию, мы решили провести психотерапию.

Больная не могла пользоваться речью, поэтому своеобразную трудность представлял собой первый подготовительный период, очень важный для всякой психотерапии: требовалось узнать как можно больше о жизни больной, выявить, каковы ее думы о будущем. Одновременно первоочередной задачей было установление правильных взаимоотношений между больной и врачом. Надо было преодолеть враждебность к врачам, которая имелась у девочки при поступлении в больницу. Высказывалось полное сочувствие к ее многострадальной жизни, подчеркивалось наше доверие к ней, оказывалось ей много мелких услуг. Таким образом, был выработан в конце концов во взаимоотношениях с врачом принцип «взаимного доверия». Такие же беседы велись и дальше все время лечения, в течение которого у больной нередко прорывались опять приступы прежней подозрительности, настороженности: «Вы не верите мне, считаете меня притворщицей». Все это сопровождалось плачем, озлоблением, угрозами. Эти настроения каждый раз изживались больной очень медленно.

Первое время ей не назначили никакого лечения, ничего не обещали в смысле «излечения». Ей было сказано, что мы изучим болезнь и тогда решим вопрос, возьмемся ли ее лечить. Это создало у самой больной настроение ожидания, тревоги. За это время она входила в колею жизни детского коллектива клиники. Со стороны других детей она видела проявления большой привязанности к персоналу, дружбы с врачом. Во время обходов в присутствии девочки тепло вспоминали случаи излечения особо тяжелобольных, рассказывали об их удачном устройстве в жизни после выписки из больницы, о продолжающейся связи их с персоналом больницы. Этот подготовительный период длился неделю.

Было решено вначале восстановить ходьбу. При назначении лечения исходили из двух принципов: 1) безусловно отвергли все, что причиняет боль; 2) искали что-нибудь такое, что не применялось раньше к больной в больницах, где она лежала. Так как в недействующих конечностях отмечалась некоторая атрофия, мы остановились на массаже, тем более, что массаж был еще неизвестен больной. Массаж и пассивные движения должны были дать хорошую подготовку к активным движениям. Больную ознакомили с планом лечения, отнюдь не проявляя уверенности в успехе. И это было в данном случае необходимо, так как всякая уверенность со стороны врача вызывала бы обязательное желание противодействовать, доказать, что «врач ничего не умеет». Наоборот, ей все время твердили, что успех зависит исключительно от нее самой, от умения ее организма восстанавливать функции и т. д., но сроки при этом ставили заведомо жесткие и краткие: «залеживаться у нас никак нельзя. Попробуем 15 дней; если лечение окажется действенным, ходьба должна восстановиться полностью за это время».

Массаж нижних конечностей проводили одновременно с пассивными движениями. Уже через несколько дней перешли к активным движе-

ниям в ногах с замаскированной помощью. Понемногу больная стала сгибать и разгибать колени, бедра, производила некоторые движения в стопах. Через 2 недели девочка первый раз стала на ноги и, поддерживаемая с двух сторон персоналом, подошла к столу. Через 3 дня она получила палку для помощи при ходьбе и с этого времени стала делать быстрые успехи. Еще через 5—6 дней палка была оставлена. Больная ходила хорошо, поднималась на лестницу и т. д.

В течение всего этого времени продолжались ежедневные дружеские беседы с больной, но основная тема их была уже другая: они должны были принести успокоение насчет будущего, пробудить волю к здоровой жизни.

Все эти дни начала ходьбы девочка была чрезвычайно раздражительна, озлоблена, агрессивна, швырнула палку в старшую сестру, временами не допускала к себе врача. Через несколько дней с трудом удалось наладить прежний контакт. Тогда все внимание было перенесено на речь. Больной было оказано, на этот раз уже с полной категоричностью, что ей будет сделано четыре ингаляции, после чего речь восстановится, и что речь должна вернуться не постепенно после упражнений, а сразу: она сразу начнет говорить свободно. Так как через 5 дней после начала ингаляций больная не заговорила, с ней начали проводить упражнения в громком произношении слов по букварю, причем больная читала, как начинающий обучаться чтению по слогам, потом стала произносить шепотом отдельные слова; через 3 дня заговорила вдруг хорошо, вначале как будто чуть заикалась, потом речь полилась неудержимым потоком.

Девочка говорила непрерывно в течение полутора суток. У нее оказался очень громкий, жесткий, глуховатый голос. Всю ночь не заснула, возбужденно продолжая говорить. Затем постепенно речевой поток прекратился.

После этого восстановление остальных функций пошло уже совсем быстро. После нескольких сеансов массажа и активных упражнений больная все начала делать правой рукой. Для упражнений дали ей гитару, рукоделия и т. д. И опять каждый раз, когда она принуждена была «сдавать» свое сопротивление, это сопровождалось сильным озлоблением, раздражительностью, агрессивностью в отношении персонала.

Наряду с этим отмечалась большая внушаемость. Девочка легко воспринимала ряд психопатологических феноменов окружающих ее больных, проявлялось то подобие сумеречного состояния, то насильственный смех и т. д.

При психологическом исследовании, после того как девочка заговорила, выявлено: интеллектуальные данные нормальные при очень медленном вхождении в работу, невысокая словесная память при очень хорошей зрительной. Внимание резко сужено по объему. При затруднениях в работе проявлялась сильная раздражительность с полной невозможностью сдерживаться. Экспериментально выявилась также повышенная аффективность: в ассоциативном эксперименте на комплексных словах отмечены длительные задержки, сопровождавшиеся неприятными переживаниями.

Была выписана в хорошем состоянии.

По катамнестическим данным, девушка в настоящее время здорова, работает в качестве медицинской сестры в детском туберкулезном учреждении в Андижане.

Мы не останавливаемся подробно на клиническом анализе данной истории болезни. Диагностика протрагированной истерической реакции (у истероидной личности) не представляла для нас сомнений уже в первые дни поступления больной в клинику. Благоприятный эффект психотерапевтического

вмешательства подтверждает эту диагностику. Не противоречит диагнозу и наличие остаточных явлений бруцеллезной инфекции. В настоящем курсе лекций уже неоднократно подчеркивалось, какое большое значение имеет соматогенный фактор для возникновения психогенной реакции.

Необходимо отметить, что такие хронически протекающие инфекции, как бруцеллез, ревматизм, поражающие церебрально-сосудистый аппарат, нередко обусловливают такие же функционально-динамические нарушения высшей нервной деятельности, какие характерны для истерии (повышенная тормозимость корковой деятельности при доминировании подкорковой, наклонность к возникновению гипноидных состояний). «Выбор» формы проявлений истерической реакции в данном случае также не был случайным: бруцеллезное заболевание суставов фиксировало внимание девочки на данном органе.

Можно предположить, что в развитии истерических черт характера у нашей больной большая роль принадлежит неблагоприятным условиям жизни, тяжелым переживаниям девочки в связи с постоянным ущемлением ее повышенного самолюбия.

Основной интерес данного случая в благоприятном терапевтическом эффекте психотерапии, несмотря на длительный, затяжной характер истерической реакции. Причину терапевтического успеха мы склонны видеть в том, что лечащий врач (Д. Л. Эйнгорн) хорошо использовал клиническое правило: лечить не синдром, а болезнь, и очень внимательно и систематически проводил психотерапевтические мероприятия.

Лечение истерических реакций у детей всегда требует подробного и точного анализа индивидуальных особенностей каждого отдельного больного. Здесь не существует шаблона и общих мерок.

Важным условием успешного лечения является возможно ранняя перемена обстановки, изъятие ребенка из домашней среды. Это является обязательным условием в тех случаях, когда истерическая реакция принимает затяжной характер и окружающие ребенка родные не справляются с его капризами. Многие из мероприятий, которые в домашней обстановке представляются невыполнимыми (при отказе от еды, приема лекарства), в клинике проходят совершенно гладко. В некоторых случаях сама перемена обстановки, разрыв с семьей, плохо влияющей на ребенка, правильный режим, спокойный и внимательный уход медицинского персонала уже являются достаточными для исчезновения истерических симптомов.

В отношении лечения отдельных истерических симптомов может быть использована различная тактика.

1. Сознательное «игнорирование» истерических симптомов. Этот метод лечения наиболее применим в случаях истериче-

ской рвоты, анорексии, болей и др. Особенно полезен этот метод при истерических припадках. Если есть уверенность в том, что припадок протекает при ясном сознании и не представляет угрозы для физического здоровья ребенка, самым лучшим мероприятием — сделать вид, что ничего особенного не произошло. Иногда ребенка нужно оставить в кровати до тех пор, пока не прекратится припадок.

2. Используют также «шоковый» метод. Он наиболее применим в тех случаях, когда преобладают явления выпадения (истерические параличи, астазия-абазия, афония, мутизм). Этот метод сводится к следующему: ребенка, страдающего истерическими параличами, ставят на ноги и энергично приказывают: «Сейчас иди!» Это острое неожиданное вмешательство сразу действует, как шок, может снять торможение, и ребенок действительно пойдет. Это воздействие в форме приказа иногда дополняется еще электрическим раздражением парализованной руки или ноги. Ребенок, который видит движение руки под влиянием электрического тока, убеждается в возможности ее функционирования. Этот резкий метод «драстического» воздействия нужно использовать очень осторожно, причем лишь в тех случаях, когда имеется абсолютная уверенность в удаче. При нереализованном внушении ребенок может потерять доверие к врачу и тем самым исключается возможность дальнейшего психотерапевтического вмешательства.

Понятно, что при выраженных контрактурах со вторичными атрофиями, гиперальгезией суставов нельзя применить такого шокового воздействия.

3. Бóльшая часть истерических детей подвергается лечению третьим способом, который заключается в медленной активной психотерапевтической работе с больным. Этот метод был применен и к нашей больной. При лечении таким медленным психотерапевтическим воздействием следует различать три периода. Первый, подготовительный, период посвящается тщательному знакомству врача с больным, анализу травмирующих его факторов. Необходимо знать не только прошлое больного, но и его надежды на будущее, его мечты и планы. Этот постоянный контакт дает возможность врачу завоевать доверие больного, преодолеть ту настороженность и недоверчивость, которые так часто имеются у этих больных. Ни в коем случае больной не должен подозревать, что врач считает его болезнь притворством; наоборот, врач всячески должен выражать свое сочувствие больному. В следующем, втором, периоде, когда обследование больного закончено и контакт с ним налажен, можно приступить к систематической психотерапевтической работе. Наряду со специальными психотерапевтическими мероприятиями, как внушение, гипноз и психотерапевтические беседы в духе рациональной психотерапии, должны найти применение различные методы физического воздей-

ствия (электротерапия, гидротерапия, массаж, гимнастика, физкультура и др.).

Метод внушения и гипноза не является основным в лечении истерических реакций, тем не менее в отдельных случаях применение этих методов вполне целесообразно.

Дети благодаря повышенной внушаемости легко поддаются гипнозу. Затруднение отмечается лишь у детей раннего возраста, которые не понимают задания, а также при резко сниженном интеллекте, расстройстве внимания и упорном противодействии гипнозу. Гипноз показан при таких истерических проявлениях, как параличи, мутизм, афония, астазия-абазия.

В нашем опыте психотерапевтической работы с детьми, страдающими истерическими реакциями, мы никогда не делали акцента на тех средствах, которые сопряжены с болевыми раздражениями, как это предлагают некоторые авторы. Мы всегда старались выбрать то средство, которое еще до сих пор не было знакомо больному. Важно, чтобы при назначении тех или других процедур врач проявил достаточную решительность и настойчивость, никакие колебания в выборе средств не должны иметь места. Лечение должно быть систематическим. При назначении определенных сроков (когда можно предполагать исчезновение того или другого симптома) следует лишь остерегаться чрезмерной категоричности.

Особенно большое значение имеет правильная организация третьего периода лечения, когда большинство болезненных симптомов исчезает и больной часто находится в состоянии растерянности, амбивалентности в связи со страхом перед возвращением в трудную для него жизненную ситуацию. Много искусства и творческой активности требуется от врача для того, чтобы перевоспитать личность ребенка или подростка, изменить его направленность, уменьшить фиксацию его внимания на самом себе, привить ему другие интересы. Понятно, что здесь требуется точное знание не только возможностей ребенка, но и тех условий, в которых он будет жить.

Лекция 7

ЗАТЯЖНЫЕ ФОРМЫ РЕАКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Невроз навязчивых состояний, астеническое, ипохондрическое и истерическое развитие личности

При повторяющихся психических травмах и при наличии длительно действующих неблагоприятных психогенных факторов возникает особая разновидность реактивных состояний, характеризующаяся обычно медленным, постепенным началом и длительным, затяжным течением. Для возникновения этой формы психогенных реакций большое значение имеют и преморбидные особенности личности: большая впечатлительность, легкая эмоциональная возбудимость, наклонность к длительной задержке на неприятных переживаниях. Эти дети обычно полностью не забывают тяжелых переживаний, связанных с психической травмой, хотя обычно они не говорят о пережитом. Время от времени - чаще в соответствующей ситуации — «следы» психической травмы снова как бы всплывают на поверхность.

Затяжное течение невроза наблюдается и в случаях неполного выздоровления после острой или подострой психогенной реакции. Остаточные состояния после любой из описанных в предыдущих лекциях форм невроза представляют собой благоприятную почву для развития последующих патологических реакций, принимающих затяжное течение. Затяжному течению реактивных состояний способствуют: 1) наличие дополнительных вредностей соматогенного характера; 2) длительность травмирующей ситуации, ее особая патогенная значимость для детского возраста; 3) неблагоприятная социальная среда, в которой живет данный больной. Эти затяжные по течению, так называемые пролонгированные формы невроза характеризуются термином «невротическое развитие». В зависимости от клинических проявлений реактивного состояния выделяют различные типы невротического развития.

У некоторых детей (внушаемых, инфантильных, соматически ослабленных, задержанных в интеллектуальном раз-

витии) после перенесенной шоковой реакции еще долго остается наклонность к повторению тех же клинических проявлений всякий раз, когда они попадают в трудную жизненную ситуацию. В дальнейшем такая реакция часто приобретает целевой (истерический) характер.

Наиболее часто наклонность к повторению патологических реакций наблюдается у детей после перенесенных истерических реакций. При неблагоприятных условиях среды и воспитания нередко меняются и особенности характера ребенка. Он становится капризным, эгоцентричным, требует к себе особого внимания.

Таким образом, постепенно развиваются те особенности характера, которые именуются термином истерическое развитие.

После перенесенной тяжелой неврастенической реакции у детей, чрезмерно впечатлительных, соматически ослабленных возможно в дальнейшем развитие личности астенического типа. Дети надолго остаются легко утомляемыми, нерешительными, робкими, неуверенными в себе. У некоторых из них отмечается повышенная пугливость, наклонность к испугу под влиянием незначительных причин. Такие дети и подростки часто плохо успевают в школе, несмотря на хороший интеллект и старательность. Им мешает робость, неуверенность, они всегда отвечают урок хуже, чем знают.

У повышенно впечатлительных детей, перенесших патологическую реакцию невроза страха за свою жизнь и здоровье, надолго остается готовность к возникновению подобных приступов страха. Факторами, предрасполагающими к их возникновению, являются неправильное воспитание, чрезмерная фиксация внимания ребенка на вопросах здоровья и болезни. Этот тип патологического развития можно назвать ипохондрическим. Ипохондрическому развитию способствуют: 1) обилие патологических ощущений; 2) узость аффекта; 3) негибкость мышления.

У тревожно мнительных детей, склонных к постоянному самоанализу и сомнению, страх за здоровье, боязнь заразиться и заболеть могут в дальнейшем принять характер навязчивости — фобии — с различными ритуалами; возникает так называемое обсессивное развитие.

В группе затяжных невротических состояний центральное место принадлежит неврозу навязчивых состояний.

Невроз навязчивых состояний занимает особое место в группе невротических состояний. Его своеобразие определяется длительным течением и сложностью причинно-следственных отношений. Лишь в небольшой части случаев невроз навязчивых состояний начинается остро и непосредственно после психической травмы. Обычно начало невроза медленное и постепенное. Между началом психической травмати-

зации и проявлением невроза проходит иногда длительное время.

Второй особенностью невроза навязчивых состояний является еще более тесная связь с особенностями индивидуального склада, чем при других формах невроза. Синдром навязчивости настолько часто развивается у аномальной психастенической личности, что именно при этих формах провести резкую грань между пролонгированной формой невроза и психастенией представляется трудным, иногда даже невозможным.

Уже в раннем детстве у этих детей отмечаются немотивированные страхи, боязнь всего нового; обычные предметы часто внушают им страх. В школьном возрасте может обнаружиться повышенная мнительность, боязнь заразиться, заболеть, наклонность создавать себе запреты, «чтобы не случилось чего-нибудь плохого». Отмечается особый интерес к приметам, суевериям, «угадываниям судьбы» путем своеобразных подсчетов и ритуалов. Поэтому в отношении синдрома навязчивых состояний не всегда применим термин «патологическая реакция». В том случае, когда навязчивое состояние начинается более медленно и постепенно и приводит к неправильному формированию характера, его правильнее называть «патологическое развитие личности» (обсессивное развитие).

Хотя невроз навязчивости часто развивается на фоне психастении, следует строго различать оба эти понятия, так как у психастенической личности отнюдь не всегда развивается синдром навязчивых состояний. С другой стороны, невроз навязчивости наблюдается не только у страдающих психастенией, но и у лиц другого индивидуального склада (см. лекцию 19).

Среди факторов, способствующих развитию невроза навязчивых состояний, большое место принадлежит неправильному воспитанию: изнеживающее воспитание, тормозящее развитие самостоятельности и активности ребенка, религиозное воспитание, суеверие и обряды, излишняя фиксация внимания на вопросах здоровья и болезни и др. В некоторых случаях можно отметить значение и ситуации в семье: положение старшего в семье при тяжелых материальных и бытовых условиях (чрезмерное для данного возраста чувство ответственности), неправильное отношение родителей, требующих от ребенка только отличных отметок. Все это развивает у ребенка излишнюю педантичность, боязнь не выполнить задания, боязнь наказания.

Что касается роли патологической наследственности в возникновении невроза навязчивых состояний, то она неодинаково трактуется разными авторами. По нашим наблюдениям, эта форма невроза нередко встречается в семьях, где преобладают люди психастенического склада, тревожные, мнитель-

ные, с наклонностью к развитию различных форм навязчивости. Однако и в этих случаях трудно решить, каково истинное значение наследственных данных, ибо тревожные и мнительные родители не могут дать своим детям правильного воспитания и нередко развивают у них те черты, которые способствуют возникновению невроза навязчивости.

Непосредственной причиной невроза навязчивости может быть и острая психическая травма, приводящая к испугу. Однако гораздо чаще речь идет о длительной психической травматизации: неудовлетворенные желания, конфликты между личным интересом и общественным, боязнь не выполнить задание и др. В отдельных случаях развитию навязчивых состояний способствует повышенная сексуальная возбудимость при большой застенчивости.

Среди клинических проявлений невроза навязчивости обычно выделяют три формы: *навязчивые страхи*, *навязчивые движения и действия*, *навязчивые мысли*, воспоминания и сомнения. Общим для всех этих форм является то, что эти состояния сопровождаются субъективным чувством несвободы. Отношение к навязчивостям у больного более или менее критическое, они пытаются им сопротивляться. Разграничение отдельных форм навязчивых состояний очень условно. Так, навязчивая идея часто питается навязчивым страхом и заканчивается стремлением что-нибудь сделать, т. е. навязчивым влечением. Навязчивые действия чаще вытекают из навязчивых мыслей или навязчивых страхов.

Из отдельных форм навязчивых состояний наиболее часто встречаются *навязчивые страхи* — *фобии*. В предыдущей лекции, посвященной неврозам страха, было указано, что у детей тревожно-мнительного склада невроз страха часто приобретает затяжной характер с переживанием навязчивости. Тогда самое возникновение состояния страха переживается ребенком как нечто чуждое. Он пытается бороться со своим страхом, но оказывается бессильным в этой борьбе. Приступ страха всегда связан с состоянием большого эмоционального напряжения. При разнообразии содержания страха основным всегда является угроза своему благополучию. Для возникновения каждого приступа достаточно ничтожного повода, какого-то далекого напоминания о предмете своей боязни. В некоторых случаях состояние страха и эмоционального напряжения возникает как нечто не объяснимое для самого больного; вне приступа страха у больного всегда есть готовность к его возникновению.

Содержание навязчивого страха может быть очень разнообразным, однако у детей оно более однотипно, чем у взрослых. Наиболее часто содержанием навязчивого страха является боязнь загрязнения и заразы, боязнь закрытой двери,

острых предметов. У школьников отмечается навязчивый страх покраснения, навязчивые задержки устной речи.

Приведем несколько кратких выдержек из историй болезни.

Мальчик О., 13 лет, живет в неблагоприятных условиях — постоянные конфликты между родителями. По характеру тихий, послушный, боязливый, застенчивый. Умственное развитие невысокое, учеба дается с трудом.

Настоящее заболевание описывается следующим образом. Мальчики в школе, желая напугать нашего больного, натерли ему шею чем-то жестким, сказав затем, что это опасно, что это «стеклянная» вата. Мальчик прибежал домой растерянный, жаловался, что шею жжет, колет, как иголками, требовал смены белья и верхнего платья. В течение 3 дней был подавлен, но страха не высказывал. Через 3 дня, сидя на деревянном табурете, почувствовал укол маленькой щепки, отколовшейся от табурета. С тех пор стал тревожен, боялся сесть, все делал стоя. Начал бояться ребят, перестал посещать школу. Страх стал распространяться на все колющие предметы: гвозди, кнопки, проволоку. Был направлен в клинику.

В клинике охотно рассказывает о болезни, критически относится к ней, борется со страхом. Глотая слезы, заставляет себя сесть. В отделении первое время тревожен, часто плачет, не может отвлечься от страха. Было проведено лечение медикаментозным сном в течение 10 дней и последующая психотерапия; настроение стало устойчивым, страх исчез. Был выписан через месяц в хорошем состоянии.

Катамнестические данные: мальчик чувствует себя хорошо, жалоб на страх нет.

В данном случае речь идет о фобии острых предметов, возникшей под влиянием психической травмы у мальчика с невысоким интеллектуальным развитием, всегда боязливого, робкого и застенчивого. Течение благоприятное в условиях стационара; после лечения сном страхи исчезли.

У следующей больной навязчивый характер страха (запертой двери) выступает еще более отчетливо.

Девочка Ш., 10 лет, была принята в клинику с жалобами на страх закрытой двери, появившейся у нее после опрометчивой угрозы малоопытной учительницы оставить плохо ведущих себя детей в школе на вечер и на ночь. Девочка боялась, что учительница, выполнив эту угрозу, забудет отпереть дверь класса и им придется прыгать с третьего этажа. Появился навязчивый страх запертой двери.

Девочка родилась в срок, развивалась правильно, но с грудного возраста была крикливой; в дальнейшем росла робкой, боязливой, неуверенной в себе. Была единственным ребенком в семье. За год до поступления в клинику семья переехала из деревни в Москву. Девочка тяжело реагировала на перемену обстановки, на новую школу. Болезненно относилась к занятиям в школе, где плохо успевала. Возвращалась часто из школы домой со страхом, боялась шумной мальчишеской среды. В этот период стала еще более тревожной, появились непроизвольные движения в руках. В домашней обстановке был также страх одиночества, темноты.

При поступлении в клинику отмечался навязчиво возникающий страх перед закрытой дверью при ясном сознании нелепости этого страха. На высоте приступа страха девочка подавлена, тревожна. Критическое отношение к своим болезненным переживаниям в это время отсутствует, но по окончании приступа девочка отдает себе отчет в необоснованности страха, старается с ним бороться. Постепенно в клинике приступы страха исчезают, остается лишь лабильность эмоциональной сферы с тенденцией к депрессивным состояниям (но при заболевании ангиной, когда девочка была помещена в инфекционный изолятор, вновь появился страх).

При психологическом обследовании девочки обнаруживается полноценный интеллект; в ассоциативном эксперименте отмечаются явления персеверации. В физическом состоянии симптомы нерезкого гипертиреоидизма. Отмечаются усиленные вегетативные реакции, указывающие на нарушение центральной регуляции вегетативной нервной системы (лабильность пульса, усиленная потливость, дрожание пальцев вытянутых рук).

После двухмесячного пребывания в клинике (психотерапия, бром, теплые ванны) девочка была выписана в хорошем состоянии. По катамнестическим данным, страх запертой двери больше не отмечался.

В отличие от предыдущего случая у этой больной причиной невроза страха является не столько острая психическая травма, сколько предшествовавшая ей длительная психическая травматизация. По своему характеру эта девочка может быть отнесена к тревожно-мнительному складу.

У детей старшего возраста и у подростков клиническая картина невроза страха более сложна. Каждый приступ страха сопровождается более выраженным депрессивным, тревожным настроением. Анализ содержания страхов показывает, что у детей старшего возраста (значительно чаще, чем у детей младшего возраста) в возникновении фобии большую роль играют сложные конфликтные переживания.

Длительное эмоциональное напряжение в связи со школьными неудачами при соответствующих условиях у впечатлительных и астенических детей и подростков может привести к навязчивым задержкам, к навязчивым страхам деятельности. Одной из частых форм такой навязчивой боязни перед деятельностью является страх устного ответа.

К. В., 16 лет, жалуется на навязчивый страх при устных ответах в школе: «тормозится речь». Наследственная отягощенность в семье отрицается. Беременность и роды матери протекали нормально. Раннее развитие девочки нормальное. В возрасте $2^1/_2$ лет болела тяжело колитом, в 3 года — ревматизмом, периодически обостряющимся. Из других инфекций перенесла корь, коклюш, скарлатину, паратиф (с высокой температурой и бессознательным состоянием). Росла впечатлительной, пугливой, очень самолюбивой, легко раздражающейся и обидчивой. С 6 до 10 лет было заикание. В школе учится с 8 лет, успеваемость хорошая. Общественница, успешно выполняет задания. С 8-го класса успеваемость несколько снизилась. Тяжело переживала свои школьные неудачи. Приходила домой огорченная, в слезах из-за того, что не могла хорошо ответить.

Навязчивый страх перед устными ответами появился после того, как получила двойку по литературе и преподаватель сказал ей, что «нужно работать над речью». Появился страх, что не сможет говорить, перестала отвечать по устным предметам, не могла обратиться с вопросом. Отвечала уроки письменно. В 9-м классе эти неудачи стали повторяться еще чаще. Иногда не ходила по нескольку дней в школу, боялась, что ничего не сможет сказать, когда вызовут. Охотно отвечала письменно. Девочка стала более раздражительной, плаксивой, расстроился сон. Была направлена в клинику.

Со стороны внутренних органов отклонений нет. Несколько отстает в росте. Нервная система: высокие коленные рефлексы с расширенной зоной. Нерезко выраженный страбизм. Анализ мочи, крови без отклонений от нормы. В кале яйца глистов — аскарид.

Психическое состояние при поступлении: больная охотно отвечает на задаваемые вопросы, но самостоятельно не обращается, не может начать

говорить. Очень травмирована своей болезнью, плачет, ищет помощи врача. Первое время пребывания в клинике держится в стороне от других девочек, очень тревожна, подавлена, часто плачет. В беседе с врачом успокаивается, умоляет избавить ее от этой «пытки» — невозможности отвечать. Вспоминает, что в детском саду она заикалась, и заикание постепенно прошло после того, как окружающие перестали обращать внимание на ее заикание. Все же иногда у нее бывали, как она говорит, какие-то «заторы» речи, но она с этим справлялась.

Однако после того, как в 8-м классе, когда ей трудно было говорить, учитель поставил ей за это двойку, она потеряла способность отвечать устно из страха, что она не сможет говорить. «Эта мысль сидит в голове, а когда забываю об этом, все идет прекрасно». Самое тяжелое для нее — начать говорить. Поддерживать разговор, когда ей задают вопросы, она может. Головные боли и расстройство сна отрицает. Головокружение бывает только при мысли, что она окажется несостоятельной во время устного ответа.

Несколько лет назад она испытывала страх смерти после того, как врач сказал ей, что у нее порок сердца. Это быстро прошло после рентгенограммы, отвергнувшей диагноз врача.

В отделении больная охотно общается с детьми, принимает участие в школьных занятиях, старательна, усидчива, эмоциональна. Временами становится более напряженной, хмурой, плачет, недовольна тем, что пропускает занятия в школе. После беседы с врачом всегда становится мягче, спокойнее. Охотно лечится гипнозом и лечебной ритмикой. После 10 сеансов гипноза и лечения ритмикой настроение устойчивое, хорошее, принимает участие в занятиях, усиленно готовится к выступлению на детском утреннике, где она будет выступать в роли конферансье. После этого была выбрана вожатым в отделении, читала детям вслух, уверена в своих знаниях, без особого страха думает о школе. Была выписана из клиники в хорошем состоянии.

Вторая форма навязчивых состояний — навязчивые движения и действия — также нередко встречается у детей. В своей рудиментарной форме такие движения с элементами насильственности наблюдаются и у здорового ребенка. Их называют обычно «патологическими привычками» и не расценивают как болезнь в собственном смысле этого слова (ребенок сосет палец, ковыряет в носу, грызет ногти). Лишь в том случае, когда эти движения сопровождаются тягостным чувством неотвязности действия, переживанием чуждости, когда все эти патологические движения тормозят деятельность больного, мешают ему работать, можно предположить наличие болезненного состояния в форме невроза навязчивых движений, или навязчивых влечений.

У детей, страдающих неврозом навязчивых движений и действий, можно встретить различные клинические варианты, причем два из них отмечаются наиболее часто. Первый, чаще наблюдающийся у детей дошкольного и младшего школьного возраста, характеризуется обилием сравнительно элементарных и однотипных движений. По однотипности навязчивых движений и по бедности других клинических симптомов эти формы нерезкой гранью отделяются от той группы насильственных движений, которые известны как «болезнь тиков». Так же как и у детей, болеющих тиком, в анамнезе

этих больных нередко можно установить перенесенные в прошлом мозговые инфекции и травмы.

Для доказательства близости между навязчивыми движениями и тиками можно привести ряд случаев, когда тик, начинающийся обычно в дошкольном возрасте, в дальнейшем заменяется более сложными движениями с характером ритуалов, приобретающих черты навязчивости.

Девочка А., 13 лет (из работы А. М. Фурманова). Подергивания появились в возрасте 6 лет зимой, в то время, когда девочка носила вязаный платок. На вопрос матери, почему она «дергает» головой, ответила, что платок колет шею и лицо. Платок был снят, но движения не исчезли. К весне подергивания стали менее часты. Летом перенесла дифтерию. В это время мать заметила, что у девочки появились новые подергивания рта и лба. В дальнейшем эти движения то стихали, то усиливались. С этими явлениями девочка поступила в клинику. Общеукрепляющее лечение не дало эффекта, в возрасте 9 лет движения усилились, распространились на мышцы лица (глаза, лоб, нос, рот). К 12 годам у девочки были отмечены новые явления в форме навязчивых действий: за едой перед тем как зачерпнуть суп, она несколько раз постукивает ложкой о край стола. Понимает бессмысленность этих движений, но не может справиться с собой, не в силах преодолеть желание выполнить указанное движение.

Из прошлого девочки известно, что она развивалась правильно, всегда была робкой и тихой, плохо сближалась с подругами; были частые жалобы на головные боли и повышенную утомляемость. Среди родственников девочки много слабовольных, впечатлительных людей. Сама мать робкая и застенчивая женщина. Сестра больной страдает тиком. В соматическом состоянии девочки и со стороны нервной системы, кроме резко повышенных вегетативных реакций, отклонений нет.

В приведенной истории болезни можно проследить, как постепенно меняется характер непроизвольных движений. В 6-летнем возрасте у девочки появляются насильственные движения тикозного типа, возникающие по механизму патологически упрочившейся условной реакции. Можно предположить, что в происхождении насильственных движений большую роль играют патологические проприоцептивные раздражения.

В дальнейшем течение волнообразное, с тенденцией к генерализации непроизвольных движений, охватывающих все новые группы мышц. В начале пубертатного периода меняется характер непроизвольных движений. Они приобретают новые качества, сопровождаются неприятным аффектом и переживанием собственной несвободы, навязанностью извне; другими словами, речь идет уже не о насильственных, а о навязчивых движениях. Так же как и у детей, страдающих тиком, у больных с навязчивыми движениями нередко можно установить роль патологической проприоцепции в их возникновении.

В следующем клиническом примере ясна тесная связь навязчивых движений с патологическими ощущениями.

Девочка 14 лет (из работы Е. Е. Сканави). Бытовые условия хорошие. Раннее развитие нормальное. Рождена на VII месяце в состоянии ас-

фиксии; роды быстрые. Долго не брала грудь. В возрасте 3 лет перенесла детский паралич, в 10 лет — перелом бедра после падения в погреб; был наложен гипс. В 1948 г. пластическая операция — удлинение ноги под общим наркозом.

Девочка диспластична, со стороны внутренних органов отклонений нет. Нервная система — вяловатая реакция зрачков на свет, асимметрия лицевой иннервации. Сухожильные коленные рефлексы справа повышены. Патологических рефлексов нет.

В беседе приветлива, доступна. Рассказывает, что после наложения гипса она стала «трогать бок и плечо на стороне перелома», так как здесь появились неприятные ощущения, она «не чувствовала щипка», в ноге было ощущение холода. В дальнейшем, когда не думала об этом, никаких ощущений холода не было, но если вспомнит, возникает стремление щипать себя. Пыталась бороться с этим, много читала без передышки, появилось покашливание при чтении про себя и вслух, ощущение спазма в горле. В момент засыпания кажется, что она уже не дышит, начинает волноваться, кажется, что кто-то стоит за спиной. Считает себя впечатлительной, тревожной, мнительной. Всегда ярко воспринимала все страшное, тревожилась за мать, боялась отпускать ее от себя. Не уверена в себе, стоя у доски в школе все забывает, хотя и знает урок.

В детском коллективе вначале малоактивна, с трудом привыкает к новой обстановке, в дальнейшем постепенно привыкает, становится бодрее, радостнее, дружит с детьми. Навязчивое покашливание реже, оно возникает лишь при напоминании. Страхов нет. Занимается охотно, но нет выдержки. Психологическое обследование обнаружило недостаточность абстрактного мышления, замедленность ассоциативных процессов, медленную переключаемость с одной работы на другую.

И в данном случае в возникновении навязчивых движений немалая роль принадлежит патологическим проприоцептивным раздражениям. Эти формы навязчивых движений были предметом специального исследования Е. Е. Сканави. На ряде клинических примеров автор доказывает, что в возникновении этих патологических движений большую роль играет нарушение интеро- и проприоцепции.

Клинические проявления второго варианта навязчивых действий более разнообразны, и корни их происхождения более сложны. Эти движения обычно носят характер защитных ритуалов, интимно связанных в своем происхождении с навязчивыми страхами — фобиями. При более тщательном изучении анамнестических данных в большей части случаев удается установить, что навязчивые действия у этих детей возникают вторично, они служат как бы защитой от возможного несчастья. Дети говорят: «Делаю это для того, чтобы не случилось плохого», и навязчивые действия приобретают характер ритуалов.

Мальчик 12 лет. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Роды у матери были длительные. Развивался правильно, но говорить стал с опозданием — в 2 года. Перенес токсическую диспепсию, перестал ходить, был вял, речь развивалась с затруднениями. В детском саду был раздражителен, непослушен, ссорился с детьми. В школе учился удовлетворительно. Был добросовестен, аккуратен, но всегда утомлялся к 4-му уроку, при утомлении замедлялся темп мышления и движений. С детства был обидчив, пуглив, недоверчив, мнителен, всегда испытывал страх одиночества, боялся собак, дрожал от резких звуков. В 8 лет появился страх

заражения, в 11-летнем возрасте появились навязчивые действия: облизывал губы, плевал; дома, когда не разрешали плевать, размазывал слюну по губам. В дальнейшем появились особые ритуалы при ходьбе; обходит определенные места на полу, улицу переходит только тогда, когда даже далеко нет никакого транспорта. Стоит только в простенке между окнами. Должен дотрагиваться несколько раз до какого-нибудь предмета.

При приеме в клинику со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Нервная система без отклонений.

В отделении незаметен, спокоен, организован. Интересуется книгами, лепкой, рисованием. Постоянно ощущает какую-то тревогу, внутреннее беспокойство за мать, за свои занятия в школе. В беседе легко смущается, краснеет до слез. Общий фон настроения несколько подавленный. Рассказывает, что раньше была боязнь заражения. Теперь больше всего волнуется за мать; у него появились «какие-то привычки»: должен перепрыгнуть через коврик, чтобы ничего плохого не случилось с мамой; чтобы не получить двойки, должен несколько раз стукнуть ногой. Когда волнуется, все делается хуже.

К концу пребывания после проведенного лечения сном и психотерапии становится спокойнее, жизнерадостнее, быстрее соображает. Исчезли все «привычки». Улучшился сон и аппетит.

Катамнез через 2 года: мальчик учится в школе, хорошо успевает. Настроение бодрое, жизнерадостен, общается с товарищами. В состоянии утомления после занятий вновь возникает тревога: что-то случится плохое.

Течение невроза навязчивых действий имеет более длительный, менее благоприятный характер, чем течение фобий. При втором варианте навязчивых движений и действий сравнительно чаще встречаются случаи затяжного течения с постепенным усложнением клинической картины. Навязчивые движения постепенно становятся все более разнообразными (навязчивое дотрагивание, постукивание, особые ритуалы при ходьбе). К ним в дальнейшем присоединяются навязчивые повторения отдельных слов, ругательства. Такое затяжное течение бывает чаще всего в тех случаях, когда невроз навязчивого состояния возникает у детей и подростков психастенического склада. В этих случаях часто отмечается волнообразность течения. После периода относительного благополучия под влиянием незначительных причин явления навязчивости вновь обостряются.

Клиническим примером затяжного течения, переходящего в обсессивное развитие, может служить следующая история болезни.

Девочка 14 лет поступила в клинику с жалобами на навязчивые страхи и навязчивые действия. Раннее развитие нормальное. Росла в деревне и лишь последний год живет в городе. Всегда была очень робкой, пугливой, тревожной, мнительной. С ранних лет отмечаются страхи: темноты, одиночества, грозы. Семья девочки малокультурная, суеверная. В 5-летнем возрасте девочка увидала женщину с накинутым на голову тулупом и решила, что это колдунья. С тех пор каждый раз вечером страхи, боязнь оставаться одной. В 12-летнем возрасте однажды сказала в подкрепление своего обещания: «Лопни моя утроба, если я не сделаю». После этого возник навязчивый страх, что ее живот может лопнуть, так как обещания не смогла выполнить. Боялась есть и ходить в уборную. В последние годы после переезда в Москву девочке стало труднее заниматься в школе, так как требования превысили ее знания. Девочка стала более тревожной,

усилились страхи, отказывалась ходить в школу, мотивируя тем, что мальчики могут ее убить.

В связи с этим была направлена в клинику. Как выяснилось из беседы с врачом, девочка испытывает страх, что с матерью произойдет несчастье. Чтобы избежать несчастья, должна делать и производить ряд движений, произносить несколько раз фразы, моргать глазами и т. д. Все время мучительно переживает необоснованность своего страха, его нелепость. Тяготится тем, что принуждена производить навязчивые движения, но делает это, так как расценивает движения как защитные для матери. Девочка не уверена в себе, сензитивна, внушаема, находится в постоянной тревоге. Доверчива, старается сама себя уверить в том, что ей лучше; чтобы скорее выздороветь, нагружает себя работой. Настроение подавленное, тревожное, очень неустойчивое. Легко поддается психотерапевтическому воздействию, успокаивается, но быстро переходит от надежды на выздоровление к сомнениям. Интеллектуально полноценная, но медлительна, в ассоциативном эксперименте много повторений и персевераций. Движения замедлены, как будто связаны. Со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений от нормы нет. За время пребывания в клинике — постепенное исчезновение навязчивых действий и страха. Вошла в детский коллектив, но по-прежнему часто тревожна, пуглива, иногда подавлена, не уверена в себе.

Катамнез через 2 года: живет в спокойной обстановке за городом, навязчивых страхов и движений нет. Через год после выписки под влиянием жизненных трудностей вновь ухудшение, те же навязчивые страхи и навязчивые движения.

Из данных историй болезни видно, что возникновение навязчивых состояний у этой больной обусловлено комплексом факторов: неправильное воспитание в малокультурной семье, жизненные трудности, возникшие в связи с переездом в Москву, начало пубертатного периода. В связи с необходимостью приспособиться к новой обстановке и новым людям состояние девочки ухудшилось. Однако затяжной характер навязчивых состояний определяется не только неправильным воспитанием и трудностями жизненной ситуации, но и особенностями психастенического склада девочки. С ранних лет девочка была пугливой, мнительной, тревожной и проявляла большую наклонность к страхам.

В возрасте 12 лет с наступлением пубертатного периода и изменением жизненных условий страхи приняли навязчивый характер. Течение болезни колеблющееся, всякие жизненные трудности усиливают болезненное состояние, перемена обстановки в благоприятную сторону их снимает. Несмотря на длительное течение болезни, здесь нет оснований предполагать шизофрению. Диагноз невроза навязчивости у психастенической личности не встречает сомнений: при большой давности болезни личность остается неизмененной, эмоциональной, нет никаких признаков прогрессивного развития болезненных явлений.

Затяжной характер течения невроза навязчивости дал основание некоторым авторам ошибочно причислить данную форму к вяло протекающей шизофрении. Эта точка зрения неправильна и не соответствует клиническим фактам. Длительность течения не может служить критерием для диф-

ференциального диагноза шизофрении от невроза навязчивости. Решающим для дифференциального диагноза является сохранность личности больной, несмотря на длительность болезненного состояния, отсутствие каких-либо других болезненных симптомов, типичных для шизофрении, и положительная кривая развития личности с сохранной эмоциональностью и активностью. Несмотря на упорство навязчивых состояний, девочка полностью сохраняет интерес к реальной жизни, общительна, находится всегда среди других детей. Ее интересы направлены на реальные и всегда адекватные ситуации.

Более подозрительны в отношении шизофрении те формы навязчивых состояний, в картине которых преобладают навязчивые мысли с наклонностью к болезненному мудрствованию. Однако, как показывают наблюдения детской клиники, если явления навязчивого бесплодного мудрствования возникли только с началом пубертатного периода, если они не оказывают большого влияния на деятельность больного, не следует торопиться с диагнозом шизофрении.

Обобщая наблюдения нашей клиники, посвященные проблеме навязчивых состояний у детей (основные исследования были проведены Е. Е. Сканави), можно сказать, что они подтверждают взгляды тех авторов, которые считали основным синдромом данной болезненной формы своеобразные эмоциональные расстройства (délire émotive французских авторов). У всех наблюдавшихся нами больных доминировала боязнь, опасение чего-то тяжелого, неприятного в будущем, развивавшееся чаще всего на фоне недостаточного чувства реального с большой наклонностью к автоматизму. Вместе с тем вся эта группа навязчивых состояний неоднородна по своим клиническим проявлениям и патофизиологическим механизмам. У детей наблюдаются самые разнообразные формы навязчивых состояний, начиная от элементарных навязчивых движений, которые требуется дифференцировать от насильственных движений, и кончая сложными образованиями (сочетание навязчивых страхов с навязчивыми действиями), очень похожими на вяло протекающую шизофрению.

П а т о ф и з и о л о г и ч е с к а я о с н о в а навязчивых состояний изучалась И. П. Павловым и его учениками путем экспериментальных и клинических исследований. И. П. Павлов предполагал, что в основе навязчивых состояний лежат те же патофизиологические явления, что и в синдромах стереотипии, итерации, персеверации, а именно патологическая инертность раздражительного процесса. Он считал, что в навязчивом неврозе имеется «чрезмерно незаконно устойчивое представление, чувство, затем действия, не отвечающие правильным общеприродным и специально социальным отношениям человека» .

И. П. Павлов также отмечал различие патофизиологической основы фобии — навязчивых страхов — и других форм навязчивых состояний (навязчивых движений, навязчивых мыслей и поступков). При фобии имеются явления патологической подвижности тормозного процесса, тогда как при других формах навязчивости основное — это инертность раздражительного процесса.

Дальнейшее изучение патофизиологической основы психастении и навязчивых состояний было проведено А. Г. Ивановым-Смоленским, Е. А. Поповым, М. И. Серединой и Л. Б. Гаккель. Е. А. Попов считает, что в основе патологической нерешительности, наблюдающейся при навязчивых состояниях, лежит нарушение индукционного торможения. Борьба между конкурирующими очагами возбуждения затягивается чрезмерно долго, так как вследствие недостаточности индукционного торможения ни первый очаг не в состоянии подавить второй, ни второй — первый.

М. И. Середина, обследовав группу больных с синдромом навязчивых состояний, пришла к выводу, что у них отмечается: а) некоторая хрупкость условных связей; б) повышенная тормозимость; в) инертность тормозного процесса; г) низкий предел работоспособности корковых клеток.

Изучение клиники и патофизиологии навязчивых состояний у детей в нашей клинике проводилось Е. Е. Сканави. Патофизиологическое обследование больных проводилось по речедвигательной методике А. Г. Иванова-Смоленского. Было обследовано 18 детей с навязчивыми страхами, фобиями и другими формами навязчивых состояний.

Экспериментальные данные показали, что у всех больных с навязчивыми состояниями отмечается преобладание тормозного процесса над раздражительным, но у одних больных более выражена лабильность активного торможения, а у других — инертность тормозного процесса. При навязчивых страхах нарушение подвижности нервных процессов в сторону их инертности может быть обнаружено только при изменении экспериментальных условий, при введении во время опыта аффективного, адекватного для данного больного раздражителя.

Сравнивая данные, полученные при экспериментальном обследовании высшей нервной деятельности психогенных форм навязчивости и больных шизофренией с навязчивым синдромом, автор показал, что общим для обеих форм заболеваний является нарушение взаимодействия нервных процессов с преобладанием тормозного (главным образом пассивного торможения). Тормозимость значительно более выражена при шизофрении. Здесь легче образуется запредельное торможение с выпадением условно-рефлекторной деятельности. При шизофрении инертность нервных процессов носит стабильный характер.

При лечении затяжных невротических состояний у детей требуется прежде всего выяснить, в чем сущность психической травмы ребенка, и принять все меры к ее устранению. Ребенку следует объяснить в доступной для него форме, что самый факт его страхов и болезненных привычек не представляет собой что-либо исключительное, что подобные явления нередко наблюдаются у детей. Важно также подчеркнуть, что эти болезненные привычки излечимы и что ребенок легко сможет от них избавиться, если будет аккуратно выполнять предписания врача. Из лечебных мероприятий большое значение имеет удлинение физиологического сна, лечебная физкультура и ритмика.

При упорных навязчивых страхах у детей старшего возраста необходимо прибегнуть к психотерапии в форме внушения в бодрственном состоянии и гипнотерапии.

За последние годы при лечении невроза навязчивых состояний применяются нейроплегические средства (аминазин, серпазил). Литературные данные говорят о положительном действии аминазина при навязчивых состояниях, особенно при навязчивых страхах, фобиях. Наши наблюдения, количественно небольшие, подтверждают эти выводы.

По наблюдениям нашей клиники (Е. Е. Сканави), терапевтический эффект при лечении аминазином навязчивых состояний наиболее благоприятен в тех случаях, когда навязчивое состояние сопровождается большим эмоциональным напряжением, тревогой, страхом. Из отдельных клинических проявлений навязчивости лучше всего поддаются лечению навязчивые страхи. Навязчивые движения исчезают под влиянием аминазинотерапии чаще всего в тех случаях, когда они являются защитными ритуалами. Значительно хуже поддаются лечению навязчивые движения, возникающие под влиянием патологических проприоцептивных раздражений, закрепляющиеся по механизму условной связи. Особенно резистентны к лечению аминазином навязчивые движения, наблюдающиеся у детей с резидуальной церебральной недостаточностью. Благоприятный эффект при лечении навязчивых представлений отмечался главным образом в том случае, когда представление сопровождалось особенно яркой чувственной окраской, в других случаях лечение было малоэффективным. Не было терапевтического эффекта и тогда, когда страхи не сопровождались переживанием чуждости и навязанности извне и приобретали характер стойкого ипохондрического синдрома. Навязчивые состояния на депрессивном фоне хуже поддавались лечению аминазином, нередко возникало углубление депрессивного состояния. Лечение навязчивых состояний у соматически ослабленных больных (грипп, ревматизм) также было менее эффективным. Применялся аминазин в виде внутримышечных инъекций или внутрь по 25 мл 2—3 раза в день.

Одновременно с медикаментозным лечением и психотерапией должна проводиться и трудотерапия. Очень важно, чтобы предлагаемые ребенку задания соответствовали его интересам, возбуждали у него положительные эмоции. Таким образом легче создать другой конкурирующий очаг возбуждения в коре больших полушарий. Тем самым создаются условия для ликвидации того очага инертного возбуждения, который является одним из важных патофизиологических механизмов невротического состояния.

Лечение невроза навязчивых состояний представляет более сложную задачу в том случае, когда навязчивость развивает-

ся у субъектов психастенического характера. Психотерапевтическая работа должна быть направлена на перевоспитание характера больного. Основная цель лечебно-воспитательного воздействия на этих детей — повысить их уверенность в себе, помочь им найти такой вид деятельности, где они скорее обретут веру в собственные силы.

Все лечебные мероприятия, психотерапевтические беседы с ребенком должны быть направлены на то, чтобы создать у него хорошее самочувствие, бодрое, жизнерадостное настроение. Лучшим средством для перевоспитания характера ребенка является труд. Работая над интересным заданием, видя непосредственный результат своей работы, радуясь своим творческим достижениям, он становится более бодрым, более уверенным в себе и освобождается от многих необоснованных опасений, касающихся его будущего.

Большое значение имеет также воспитание ребенка в детском коллективе. Важно постепенно повышать общественную нагрузку, ибо всякая неудача длительно переживается этими детьми, приводит к усилению психастенических черт характера (см. лекцию 19).

Лекция 8

ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ

Моносимптоматические неврозы с вегетативно-соматическими расстройствами (неврозы органов)

В предыдущих лекциях была представлена клиника и терапия различных форм психогенных реакций, наблюдающихся как в общей психиатрии, так и в детской клинике. При описании отдельных форм было обращено особое внимание на изменчивость отдельных проявлений в зависимости от возрастной фазы развития ребенка или подростка. Было указано, что чем моложе ребенок, тем однообразнее клиническая картина психогенной реакции, тем больший удельный вес имеют вегетативно-соматические расстройства и тем беднее психопатологические симптомы.

Течение подострых психогенных реакций у детей обычно более благоприятное, чем у взрослых. Ребенок не склонен к длительной задержке на неприятных переживаниях, эмоции его более ярки, но менее устойчивы. Перемена обстановки, новые впечатления способствуют быстрому переключению интересов ребенка, в связи с чем болезненные проявления, обусловленные психической травмой, быстрее исчезают. В то же время остро возникающие психогенные щоковые реакции у детей иногда принимают более тяжелое течение, чем у взрослых. Выздоровление после шоковой реакции у них часто бывает неполным. Под влиянием шокового воздействия остаются более или менее серьезные нарушения в форме функционально-динамических сосудистых расстройств, нарушение общего и мозгового метаболизма, расстройство регуляции и деятельности желез внутренней секреции. Понятно, что в случаях неполного выздоровления остаются более или менее выраженные расстройства высшей нервной деятельности. При острой массивной психической травме прогноз тем серьезнее,

чем моложе ребенок, подвергающийся травматизации. Таким образом, возрастные особенности могут оказать двоякое влияние на течение психогенной реакции: как положительное (в связи с большой пластичностью нервной системы ребенка), так и отрицательное (обусловленное функциональным несовершенством защитных механизмов у детей младшего возраста).

Наряду с описанными выше клиническими вариантами реактивных состояний у детей наблюдается еще ряд других, которые можно обозначить как «преимущественные» формы психогенных реакций детского возраста, ибо они наблюдаются главным образом в детской клинике. Штокерт (Stockert) выделяет особую группу неврозов, которую он называет «неврозом развития» так как в их возникновении и формировании клинической картины большую роль играют возрастные особенности.

Преимущественные формы психогенных реакций у детей наблюдались и советскими авторами (Е. А. Осипова, Т. П. Симсон). Для этих форм характерны: во-первых, однотипность клинических проявлений; в клинической картине реакции всегда доминирует один синдром — так называемые *моносимптоматические формы неврозов;* во-вторых, бедность психопатологических симптомов и преобладание вегетативно-соматических, двигательных и речевых расстройств; в-третьих, в клинической картине большое место занимают различные синдромы патологического поведения ребенка. Одной из форм неправильного поведения ребенка является реакция протеста против трудной для него жизненной ситуации в семье и школе. Наиболее отчетливо выражены возрастные особенности психогенных реакций у детей и подростков в переходные возрастные периоды.

Таким образом, среди преимущественных форм психогенных реакций можно выделить следующие клинические разновидности: 1) моносимптоматические неврозы с вегетативно-соматическими расстройствами — так называемые неврозы органов; 2) моносимптоматические неврозы с речевыми расстройствами — так называемые логоневрозы; 3) моносимптоматические неврозы с преимущественно двигательными расстройствами (тик); 4) психогенные реакции, представляющие собой проявление протеста ребенка — так называемые реакции протеста; 5) изменение характера ребенка под влиянием неблагоприятных условий воспитания; 6) патологические реакции в переходные возрастные периоды.

Термин «моносимптоматический» невроз должен быть понят лишь условно, так как обычно наряду с ведущим синдромом в клинической картине невроза можно отметить и другие болезненные проявления. Однако последние выражены нерезко, и клиническая картина неврозов определяется главным

образом ведущим синдромом. Поэтому мы считаем возможным сохранить термин «моносимптоматический».

Причиной моносимптоматических форм невроза чаще являются острые, внезапно действующие психические травмы (шоковые и субшоковые). Однако нередко они вызываются и длительно действующими психогенными факторами, связанными с травмирующей ситуацией. Предрасполагающей почвой для развития этих патологических реакций служит обычно врожденная нервность или астеническое состояние другой природы (инфекционной, интоксикационной, травматической).

Сравнительную частоту моносимптоматических форм невроза у детей нетрудно объяснить возрастными особенностями высшей нервной деятельности ребенка. В связи с функциональной незрелостью высших отделов нервной системы их регулирующее влияние на деятельность нижележащих подкорковых отделов еще недостаточно устойчиво. Под влиянием различных, часто незначительных психогенных факторов, которые для взрослых остаются незамеченными, у детей могут возникнуть более или менее выраженные расстройства регуляции вегетативно-соматической и двигательной сфер. Моментом, способствующим возникновению соматических расстройств под влиянием психогенных факторов, является то, что вегетативные механизмы у ребенка очень легко становятся автономными и освобождаются от волевых влияний.

Из отдельных моносимптоматических форм невроза у детей преобладают *неврозы с вегетативно-соматическими расстройствами,* так называемые *неврозы органов.* Форма реакции определяется часто функциональной слабостью той или другой системы внутренних органов. У детей старшего возраста чаще наблюдаются функциональные расстройства сердечно-сосудистой деятельности. Неврозы сердца чаще отмечаются у девочек в препубертатном и пубертатном периодах (см. лекцию 12). У детей младшего возраста, в ясельном и дошкольном возрасте, наблюдается функциональная неустойчивость желудочно-кишечного аппарата. Поэтому под влиянием психогенных факторов у них относительно часто наблюдаются неврозы с функциональными расстройствами пищеварительной системы. Раз возникшие вегетативно-соматические расстройства в дальнейшем повторяются по механизму патологически упрочившейся условной связи. Значение исследований И. П. Павлова об условном рефлексе для понимания патологической основы этих состояний подчеркивается многими авторами. Н. И. Красногорский обратил внимание на тот факт, что у детей условные рефлексы вырабатываются очень быстро, в то время как угашение их может происходить очень медленно (особенно у невропатических детей и у детей с задержанным развитием). Штокерт подчеркивает роль условнорефлекторного механизма

в возникновении неврозов у детей. По Гомбургеру (Homburger), неврозы органов — это неврозы патологической привычки.

Среди различных проявлений неврозов органов и других моносимптоматических форм невроза у детей младшего возраста наибольшее практическое значение имеет психогенная (или неврогенная) анорексия и привычная рвота.

Анорексия у детей может быть обусловлена различными соматогенными и психогенными факторами (нередко сочетанием тех и других), однако к неврозам относится только последняя, психогенная, анорексия.

Патофизиологическая сущность неврогенной анорексии у детей изучалась Н. И. Красногорским и его учениками (А. И. Махтингер и С. Л. Левин). В основу исследований были положены данные И. П. Павлова об основных закономерностях деятельности так называемого пищевого центра.

Изучение условных пищевых рефлексов у детей проводилось также В. М. Бехтеревым, Н. М. Щеловановым, Н. И. Касаткиным. По данным Н. И. Касаткина, первый натуральный условный пищевой рефлекс образуется в возрасте 10—20 дней. Позднее, в конце 3-го и начале 4-го месяца жизни, в результате многократных сигналов со зрительного рецептора на базе безусловного сосательного рефлекса образуется натуральный условный зрительный пищевой рефлекс.

Пользуясь особым методом изучения условных слюнных рефлексов у детей без наложения фистулы на слюнную железу, Н. И. Красногорский изучил различные факторы внешней и внутренней среды организма, обусловливающие расстройство аппетита у детей. Н. И. Красногорский подчеркивает связь анорексии с нарушением функций слюнных желез, с недостаточным содержанием соляной кислоты в желудочном соке. При сниженном выделении слюны дети с трудом глотают пищу. Обычно эти нарушения сочетаются и с расстройством жевания; таким образом, самый акт еды труден для этих детей, они с большим усилием пережевывают пищу, не могут ее проглотить, предпочитают жидкую пищу. Причиной анорексии могут быть также хронические состояния интоксикации, гельминтозы, различные инфекции. Немалое значение в возникновении анорексии имеет и патологическое состояние желудочно-кишечного тракта (диспепсии), гипер- и гиповитаминозы.

Причины анорексии у детей изучались и клиницистами. На основании данных, полученных при обследовании 500 детей грудного и раннего возраста, М. Т. Дайхес приходит к выводу, что исходным моментом для развития неврогенной анорексии в подавляющем большинстве случаев является включение в пищевой рацион блюд физиологического прикорма.

Наблюдения показывают, что пищевая реакция на предлагаемое ребенку блюдо прикорма нередко может быть отрицательной. Автор объясняет эту отрицательную реакцию наличием защитно-оборонительного рефлекса по отношению к предлагаемым блюдам как к незнакомым предметам. Отрицательный пищевой рефлекс на блюда прикорма некото-

рое время может носить характер пассивной защиты (ребенок не тянется к предлагаемому блюду). В дальнейшем в результате повторных и настойчивых попыток накормить ребенка этот отрицательный пищевой рефлекс приобретает характер активной защиты.

Принудительное кормление ребенка нередко заканчивается рвотой. Естественно, что под влиянием такого принудительного кормления снижается возбудимость пищевого центра. При неправильном поведении родителей, стремящихся преодолеть сопротивление ребенка, отрицательный условный пищевой рефлекс все более закрепляется и связывается со всем комплексом еды: всякая еда вызывает у ребенка отрицательную реакцию.

Анорексия может быть также ведущим синдромом в картине общей невротической реакции. Наряду с анорексией у этих детей отмечаются чрезмерная впечатлительность, капризы, упрямство, иногда повышенная раздражительность, пугливость и др. В подобных случаях анорексия обнаруживается очень рано и чаще сопровождается привычной рвотой.

Иллюстрацией сказанного может служить следующая выдержка из истории болезни.

Девочка 4 лет. Жалобы: плохо ест, рвота после еды, капризна, плохо спит. Бытовая обстановка тяжелая: родители разошлись, но отец проживает в той же комнате, скандалит, восстанавливает девочку против матери. Родилась девочка досрочно, 8 месяцев, в ягодичном предлежании; применялось наложение щипцов, наркоз. Родилась в состоянии асфиксии, слабой; после рождения была желтуха. В грудном возрасте частое срыгивание, диспепсия, стоматит. В 3 года перенесла воспаление легких, скарлатину, корь. С раннего детства девочка ннкогда не просит есть, «ест со слезами». Рвота по нескольку раз в день после еды. Рвота бывает и при плаче, и при ушибе. По ночам страхи, просыпается, плачет, чего-то боится. Вне дома чувствует себя лучше (в деревне рвоты совсем не было). В яслях, в детском саду, которые посещала неохотно, рвота отмечается ежедневно.

Физическое состояние: по возрасту отстает в физическом развитии, очень бледна. Внутренние органы без отклонений. Асимметрнчный череп. Со стороны нервной снстемы резко выраженных органических симптомов нет. В санатории долго скучала по матери, просилась домой, освоилась не сразу, потом подружилась с детьми. Приветлива, ласкова, заботится о других больных детях. Вначале ела неохотно, очень медленно, с трудом проглатывала пищу. Однако рвота была только один раз, при поступлении. Постепенно стала есть лучше и быстрее. Охотно садилась за стол, когда приносили еду. В стационаре чувствовала себя хорошо, посвежела, повеселела, исчезла рвота, стала хорошо спать.

Нередко расстройство аппетита возникает в связи с острой психической травмой. После сильного испуга дети становятся более вялыми, подавленными и плохо едят. Эти формы психогенной анорексии обычно недлительны.

Более выраженная форма анорексии связана с подострой или длительной психической травмой ситуационного характера. Так, при ревности к родившемуся младшему члену семьи отказ от еды служит для ребенка одним из путей привлечения к себе внимания старших.

Мальчик 4 лет. Был единственным ребенком в семье. Воспитывается матерью и бабушкой, которые его очень балуют. Капризен, легко возбудим. После рождения брата стал раздражителен, появились аффективные вспышки, стал отказываться от еды, плакал, кричал во время кормления. Требовал, чтобы унесли из дому маленького. Такое состояние продолжалось около месяца. Постепенно он привык к своему брату, стал спокойнее, наладился аппетит.

Причиной анорексии могут быть и другие травмирующие ситуации — поступление в детский сад и связанная с этим перемена жизненного уклада, разлука с родными. Дети отказываются есть в детском саду; у некоторых из них после каждой еды возникает рвота. Такая реакция на поступление в детский сад бывает чаще у детей с плохой моторикой, медлительных, плохо приспособляющихся к новым условиям.

Примером возникновения анорексии, обусловленной неприятной эмоцией в связи с трудной жизненной ситуацией, может служить следующее наблюдение.

У девочки 5 лет, всегда впечатлительной, возбудимой, самолюбивой, при поступлении в детский сад появился отказ от еды, сопровождающийся рвотой после каждого приема пищи. Расстройство аппетита продолжается в течение месяца, девочка худеет (соматическое обследование не выявляет каких-либо отклонений со стороны внутренних органов). Как установлено, в домашних условиях девочка ест удовлетворительно, рвоты нет. При более подробном опросе воспитательницы удалось узнать, что девочка медленно ест и всякий раз во время еды дольше других детей задерживается за столом, за что получает порицание. По совету врача воспитатели детского сада изменили свои меры воздействия по отношению к девочке, выбрали ее санитаром детской группы, чем девочка была очень довольна. Рвота прекратилась.

В данном случае причиной анорексии было конфликтное состояние в связи с трудной для девочки ситуацией в детском саду. Когда ситуация изменилась, анорексия и рвота ликвидировались (наряду с этим известны случаи, когда длительная анорексия, бывшая в домашних условиях, быстро ликвидировалась при переводе ребенка в детский сад или санаторий).

Очень частой причиной психогенной анорексии являются различные ошибки воспитания. Ребенку предъявляют большие требования, он стеснен в своей свободе, ему запрещают играть с детьми, двигаться. Как было указано выше, большое значение в происхождении анорексии у детей имеет неправильное кормление. Излишняя фиксация внимания на процессе еды, постоянные уговоры, рассказывание сказок или угрозы наказанием, запугивания «букой», насильственное кормление — все эти ошибочные воспитательные приемы приводят к анорексии, к отказу ребенка от еды. У некоторых детей отказ от еды является выражением протеста против насильственного кормления или каких-либо запретов (ребенок не ест из-за негативизма, чтобы этим «наказать» старших).

Чаще всего психогенная анорексия наблюдается у детей ясельного и дошкольного возраста. При тяжело протекающем пубертатном периоде нередко отмечается анорексия, которую следует отличать от нередко наблюдающихся отказов от еды, мотивируемых боязнью потолстеть. Некоторые авторы относят и эти последние формы к психогенной анорексии. Однако название «анорексия» здесь условно, так как аппетит обычно не страдает у этих подростков (подробнее об этой разновидности затяжных реактивных состояний пубертатного периода см. лекцию 11).

Как было указано выше, *привычная рвота* у детей младшего (ясельного и дошкольного) возраста часто связана с анорексией и с отказом от глотания густой или твердой пищи. При всяком насильственном кормлении, а иногда и при кормлении жидкой пищей появляется рвота, если в жидкую пищу попадает пенка, комочек каши.

Мальчик $2^1/_2$ лет. Мать легко возбудимая, раздражительная. В семье матери имеются психически больные. Беременность протекала с резким токсикозом, роды были нормальными. До года мальчик был спокойным. В возрасте 1 года 2 месяцев помещен в больницу по поводу пневмонии. В больнице все время кричал, перестал спать. По выписке из больницы появилась рвота после приема твердой пищи, отказывается ее глотать. При насильственном кормлении отмечаются аффективные вспышки. При обследовании обнаружено нормальное интеллектуальное развитие, достаточный запас слов. Ребенок легко возбудим, пуглив. Боится всего нового, упрям, непослушен.

У детей более старшего возраста привычная рвота возникает и вне связи с расстройством аппетита как психогенная реакция на какое-то неприятное переживание во время еды (невкусная, «противная» ребенку пища, плохой запах, подавился чем-то и др.). Хотя психогенный момент, вызывающий рвоту, ликвидирован, рвота повторяется всякий раз при наличии раздражителя, сходного с первоначальным; привычная рвота чаще всего возникает по механизму патологически упрочившейся условной связи.

Предрасполагающие факторы в возникновении этой формы моносимптоматических неврозов — это врожденная нервность, повышенная возбудимость вегетативной нервной системы, наличие остаточных явлений после перенесенного коклюша, наклонность к диатезам и эксплозивным реакциям, спазмофилия. Признаки повышения возбудимости отмечаются и в психическом состоянии этих детей. Они впечатлительны, пугливы, раздражительны, неустойчивы в своем поведении, обнаруживают наклонность к страхам при виде незнакомых предметов.

Клиническим примером может служить следующая история болезни.

Мальчик 6 лет был направлен в детский психоневрологический диспансер с жалобами на частую рвоту. Легко возбудим, плаксив, всего боится, сон неспокойный, часто просыпается; иногда — ночные испуги,

в содержании которых воспроизводятся события дня. Отец и мать легко возбудимые, нервные люди. Семья дружная, домашняя обстановка удовлетворительная. Мальчик — единственный ребенок в семье. Роды длительные, с помощью щипцов. Недлительная асфиксия. Вскармливался искусственно. Раннее развитие хорошее, ходить и говорить отдельные слова стал до года. С 6 месяцев, после противодифтерийной прививки, появились спазмофильные приступы. В дальнейшем приступы повторялись при появлении незнакомых предметов. Одновременно с приступом у мальчика возникала рвота, вначале после приема пищи, а в дальнейшем вне связи с пищей. После 3 лет приступы спазмофилии исчезли, но рвота повторялась, возникая всякий раз в связи с каким-нибудь волнением. При посторонних мальчик никогда не ест, так как бывает рвота.

При обследовании обнаруживается повышенная потливость, усиленные вазомоторные реакции, незначительное повышение коленных рефлексов. Интеллект хороший, богатая по запасу слов речь, не по возрасту серьезен и самостоятелен в суждениях. Сам жалуется, что при волнении, тревоге часто наступает рвота. «в груди что-то вертится».

В данном случае у мальчика с повышенной возбудимостью вегетативной нервной системы и спазмофильным диатезом при появлении незнакомых предметов (испуг!) возникают спазмофильные припадки и рвота. В дальнейшем рвота возникает при всяком волнующем событии, неожиданном впечатлении.

Н. И. Красногорский указывает, что у невропатических детей рвотный рефлекс образуется с чрезвычайной быстротой. В некоторых случаях однократной рвоты оказывается достаточно, чтобы все раздражения, действующие на ребенка в данный момент (как, например, вид и запах пищи, окружающие предметы, наконец, слова), образовали связь с рвотным центром. Но насколько быстро образуется условный рефлекс, настолько же он с трудом угасает.

У ребенка, неохотно посещающего школу, нередко наблюдается привычная рвота перед уходом в школу.

Примером может служить следующая история болезни.

Мальчик 7½ лет был направлен в детский психоневрологический диспансер с жалобами на приступы рвоты по утрам перед уходом в школу. Мальчик — единственный ребенок в семье. Беременность матери протекала тяжело, с явлениями токсикоза, с частой рвотой. Ребенок родился в асфиксии, был обмотан пуповиной. Раннее развитие нормальное. Перенес скарлатину, коклюш, воспаление легких. Рос слабым, всегда был пониженный аппетит, плохой сон. По характеру мальчик тихий и застенчивый, интеллектуально хорошо развитый. В школу пошел 7 лет. Неохотно ее посещал, боялся новой обстановки, шумных игр детей. В первый день вернулся домой с головной болью, жаловался на тошноту. С тех пор каждый день перед уходом в школу рвота или тошнота. Мать водила мальчика в школу насильно. По возвращении из школы рвоты не отмечалось, но аппетит был резко снижен, мальчик сильно похудел. Был направлен в психоневрологический диспансер. При обследовании со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений не обнаружено, отмечена лишь резкая потливость, двигательное беспокойство: суетлив, непоседлив. В беседе с врачом вежлив, приветлив. Обнаруживает достаточный для его возраста запас знаний, несколько рассеян. Мальчик был принят в дневной стационар диспансера, где принимал активное участие в школьных занятиях. В стационар ходил охотно. Рвоты ни разу не отмечалось ни в стационаре, ни дома. После месячного пребывания в дневном стационаре стал охотно посещать школу. Рвоты больше не наблюдалось.

В данном случае речь идет о привычной рвоте у школьника, испытывавшего страх перед новой обстановкой в школе. По данным Н. И. Красногорского, рвота школьников отнюдь не всегда связана со страхом перед школой (дети хорошо учились и любили школу); рвотный акт, по его мнению, вызывается одним лишь возбуждением от ожидания привычной рвоты.

В некоторых случаях наклонность к привычной рвоте возникает в связи с перенесенным соматическим заболеванием. В этом отношении особенно велика роль таких длительных инфекционно-аллергических заболеваний, как ревматизм. Но и в этих случаях нельзя исключить роли психогенного фактора. У эгоцентричных подростков механизм привычной рвоты нередко используется для привлечения внимания к себе.

Для правильного лечения психогенной анорексии и рвоты требуется прежде всего выяснить их причины и устранить часто имеющие место неправильности воспитания. Надо разъяснить родным, какой большой вред имеет для ребенка неправильное поведение взрослых во время его кормления. Родные должны знать, что постоянные уговоры при отказе от еды, принуждение в конце концов создают у ребенка отвращение к еде и что нормальный голод часто является основной мерой стимуляции аппетита ребенка и борьбы с его отрицательным отношением к еде.

Необходимо рекомендовать родителям, чтобы еда ребенку предлагалась в определенные сроки; если ребенок отказывается, не следует его уговаривать, а в очередной срок кормления надо снова поставить еду на стол и предложить ему поесть, не обращая особого внимания на его отказ. У некоторых детей с длительными невротическими состояниями отказ от еды бывает упорным и трудно излечим в домашней обстановке. В этих случаях наиболее целесообразно поместить ребенка в детский коллектив (детский сад, особая группа или санаторий). Перемена обстановки, пребывание в детском коллективе способствуют ликвидации анорексии.

Как было указано выше, патофизиологической основой так называемых неврозов органов у детей чаще всего является механизм патологически упрочившейся условной связи. При наличии отрицательного условного рефлекса в связи с боязливым ожиданием чего-то неприятного могут возникнуть и функциональные *расстройства дыхания.*

Штокерт наблюдал у детей, трахеотомированных в связи с дифтерийным крупом, своеобразные расстройства дыхания, которые держались долго после того, как больной выздоровел. Ребенок боится повторения приступа, и под влиянием тревожного ожидания приступа возникает спазм голосовой щели.

Относительно чаще наблюдаются невротические реакции с синдромом так называемого *нервного кашля.* Эти состоя-

ния наблюдаются обычно у впечатлительных, легко возбудимых детей, ранее перенесших коклюш или какие-либо другие заболевания дыхательного аппарата. В дальнейшем, когда ребенок уже выздоровел, под влиянием различных психогенных факторов вновь возникают функциональные расстройства в форме сухого лающего кашля. Эти расстройства чаще всего связаны с ожиданием чего-то неприятного (перед уходом в школу, при разлуке с родителями и др.).

Мальчик 11 лет. В семье 3 детей; старший брат страдает эксудативным диатезом. У младшей сестры привычная рвота, чаще перед уходом в школу. Материально-бытовые условия хорошие. Семья культурная. Мальчику уделяется много внимания. Беременность этим ребенком и роды без отклонений. Раннее развитие правильное. Рос физически слабым ребенком. Перенес ряд детских инфекций: корь, скарлатину, ветряную оспу. В конце дошкольного периода заболел коклюшем. В школьном возрасте хронический тонзиллит с лимфаденитом. Временами бывала субфебрильная температура. В школу пошел 7 лет. Учился хорошо, обнаруживая интерес к занятиям, но всегда предпочитал оставаться дома, любил много читать. В 9-летнем возрасте мальчику была произведена операция тонзиллэктомии. Операция прошла благополучно, но на 4-й день после выписки из больницы у мальчика появился сухой лающий кашель. С тех пор в связи с кашлем и субфебрильной температурой мальчик стал чаще пропускать занятия в школе. При соматическом обследовании никаких признаков патологии со стороны внутренних органов отмечено не было. По характеру мальчик впечатлительный, легко возбудимый, обидчивый. Однажды, после того как товарищ упрекнул его в том, что он «притворяется больным», очень взволновался и с тех пор еще менее охотно стал посещать школу. Чаще всего при отказе пойти в школу начинался приступ кашля. С течением времени приступы кашля становились более выраженными и длительными. Иногда приступ кашля сопровождался таким резким цианозом, что не только у родителей, но и у лечащего врача возникало опасение за жизнь ребенка. Во время каникул приступы кашля обычно прекращались, но вновь усиливались после каникул при необходимости пойти в школу.

При обследовании мальчика со стороны внутренних органов и нервной системы органических симптомов обнаружено не было. Отмечалась лишь резкая спастическая бледность кожных покровов, выраженый симптом Хвостека, потливость. В беседу вступает неохотно, застенчив, легко смущается, очень взволнован своим болезненным состоянием. Впечатлителен, сензитивен, внушаем. Интеллектуально развит хорошо, запас сведений богатый. В течение беседы с врачом приступ кашля не прекращается; кашель сопровождается рядом движений мышц лица и шеи, подчеркивающих напряжение.

После инъекции атропина кашель вскоре прекратился. Мальчик хорошо спал всю ночь, но на следующее утро приступы кашля возобновились. В дальнейшем кашель прекращался и тогда, когда вместо атропина вводили физиологический раствор. Лечение внушением дало стойкий терапевтический эффект: мальчик пошел в школу, сдал экзамены, в течение каникул кашля не было. Осенью вновь приступил к занятиям в школе. Длительный катамнез отсутствует.

В данном случае у впечатлительного, внушаемого мальчика с повышенной возбудимостью вегетативной нервной системы (ваготонического характера) после перенесенного коклюша и вскоре после операции тонзиллэктомии остается повышенная готовность к возникновению спастического кашля. В дальнейшем приступы кашля часто повторяются как пато-

логический привычный акт. Причиной возникновения приступов почти всегда служит психогенный фактор. Чаще всего это страх перед школой, которую мальчик посещает неохотно, особенно с тех пор, как его стали упрекать в притворстве. В течение последнего года эта готовность к нервному кашлю используется мальчиком тогда, когда после каникул ему необходимо вернуться в школу. Психотерапия дала положительные результаты.

Как видно из всего сказанного, для лечения невроза с вегетативно-соматическими расстройствами требуется большая санитарно-просветительная и психотерапевтическая работа с родителями. Необходимо им разъяснить, в чем причина невроза и как должна быть изменена их тактика, чтобы ликвидировать болезненные явления.

При лечении надо принять во внимание, что в основе болезненного состояния лежит механизм патологической условной связи. Поэтому основное внимание должно быть уделено всем тем мероприятиям, которые способствуют заторможению патологических связей. С этой целью необходимо создать новые условия жизни ребенка, заинтересовать его занятиями и играми. Большое значение имеет физкультура и лечебная ритмика. В более упорных случаях у детей школьного возраста рекомендуется прибегнуть к гипнозу.

При длительных отказах от еды (с соматическим истощением) у детей старшего возраста показано применение внутримышечных инъекций дезоксикортикостерон-ацетата по одной ампуле 0,5% масляного раствора ежедневно или через день в течение 6—8 дней. В упорных случаях привычной рвоты и «нервного кашля» приходится прибегать к нейроплегическим средствам, уменьшающим возбудимость рвотного центра. Применяя небольшие дозы (от 25 до 50 мг аминазина в сутки), мы достигали ликвидации упорной привычной рвоты у детей школьного возраста.

При так называемом нервном кашле ваготонического характера показаны препараты атропина внутрь в форме экстракта белладонны (или подкожно при сильных приступах).

Моносимптоматические формы неврозов с синдромом *ночного энуреза* чаще наблюдаются у детей школьного возраста. У подростков они встречаются относительно редко.

Патофизиологический механизм, лежащий в основе ночного недержания мочи, еще недостаточно изучен. Для объяснения его было предложено много теорий, из которых ни одну нельзя считать общепринятой.

Ряд авторов указывает на большую глубину сна как на причину ночного недержания мочи, но остается неясным, что лежит в основе такого глубокого сна. Подчеркивается значение гормональных расстройств в патогенезе ночного энуреза, нарушение функций различных эндокринных и щитовидной желез, надпочечника и прежде всего гипофиза (М. Г. Жислин). Большое внимание уделяется расстройству вегетативной нервной

системы. А. А. Колтыпин склонен объяснять ночной энурез как одно из проявлений гиперваготонии.

Большинство авторов при решении вопроса о причинах ночного недержания мочи и патогенетических механизмах, лежащих в его основе, главную роль отводит нарушениям функций различных отделов нервной системы. Фиксировалось внимание на периферических отделах пузырной иннервации (атоническое состояние наружного сфинктера, чрезмерная возбудимость задней стенки уретры). Одно время ведущую роль приписывали недостаточности регуляции этой функции в связи с нарушением проводимости импульса к ядрам спинного мозга. Подчеркивалось значение spinae bifidae.

За последние десятилетия в связи с исследованиями рентгенологов (доказывающих, что spina bifida — очень распространенное явление и у здоровых субъектов, не страдающих ночным недержанием мочи) эта теория встречает все меньше сторонников.

Были высказаны соображения о ведущей роли корковых центров, регулирующих функции произвольного мочеиспускания. Исходя из этой теории, некоторые авторы видели причину энуреза в том, что при сильном торможении коры не образуется «сторожевого пункта». При глубоком сне «сторожевой пункт» заторможен. Данные о большой глубине сна подтверждаются наблюдениями детской клиники; эти дети не скоро засыпают, но спят глубоко и с большим трудом пробуждаются.

Корковая теория хорошо объясняет патогенез наиболее тяжелых форм недержания мочи у больных, страдающих органическими мозговыми заболеваниями (преимущественно передних отделов головного мозга) либо выраженными формами психического недоразвития (тяжелые степени олигофрении). Однако патогенез моносимптоматических форм невроза с синдромом ночного недержания мочи не имеет ничего общего с этими тяжелыми органическими формами энуреза.

За последние десятилетия все больше внимания привлекает к себе теория, подчеркивающая, что в патогенезе ночного недержания мочи ведущую роль играют расстройства функций диэнцефальных центров мочеиспускания. При нарушенной деятельности диэнцефальных центров страдает регуляция функций тонуса мускулатуры пузыря, и мочеиспускание протекает во сне. Если фиксировать внимание на этом важном звене в регуляции функции мочеиспускания, то становится более понятным и ряд других патогенетических механизмов энуреза, а именно: значение гормональных расстройств (дисфункции задней доли гипофиза), роль вегетативной нервной системы.

Важно, однако, подчеркнуть, что функция диэнцефальных центров мочеиспускания находится под постоянным контролем коры. При нарушении регуляции со стороны коры создаются условия для неупорядоченных и несвоевременных реакций в пузырной иннервации.

Следовательно, для обеспечения нормального произвольного акта мочеиспускания требуется согласованная деятельность различных инстанций нервной системы, начиная с периферической (пузырной иннервации) и кончая регулирующей, контролирующей деятельностью коры. Эта сложная система, регулирующая произвольное мочеиспускание у детей младшего возраста, еще функционально несовершенна и легко нарушается.

Вопросы этиологии энуреза также привлекали к себе внимание различных авторов. Одни подчеркивали значение аномалий самого мочеиспускательного тракта, другие ставили акцент на рефлекторных раздражениях (глисты, аденоиды). Значительное число исследователей рассматривало

энурез как аномалию нервно-психической сферы. Представители психоаналитической теории Фрейда рассматривают энурез как сексуальный невроз, близко стоящий к онанизму. Наиболее часто энурез рассматривается как одно из проявлений невропатической конституции, причем невропатия определяется как врожденное болезненное состояние нервной системы, характеризующееся расстройством в области вегетативной инервации.

Бартел Холлгрен (Bertil Hallgren) посвящает этой проблеме специальное клинико-генетическое исследование. Было обследовано 220 пробандов и их семьи (братья, сестры и родители), всего 932 человека. Из них в период исследования 402 страдали энурезом. Это число составляется из 229 пробандов и 173 «вторичных» случаев (братья, сестры и родители пробанда). 41% пробандов и 28% страдающих энурезом братьев и сестер отнесены к группе трудных детей с дефектами поведения. У 40% детей был отмечен глубокий сон. По данным автора, глубокий сон у детей, страдающих энурезом, наблюдается чаще, чем среди не страдающих этим заболеванием братьев и сестер пробанда. Автор отмечает, что с точки зрения этиологии ночной энурез считается неоднородным заболеванием. Однако с высокой степенью вероятности можно говорить о том, что имеется «ядерная» группа, где ночной энурез является наследственным. Однако степень и частота проявления этого признака могут быть модифицированы факторами окружающей среды. Вопрос о наследственной обусловленности энуреза изучался также С. И. Петровским. Автор рассматривал энурез как наследственное заболевание, в основе которого лежит аномалия развития в области иннервации мочевого пузыря. Поскольку энурез почти всегда с течением времени проходит даже без лечения, Петровский полагает, что указанная аномалия выравнивается с развитием организма. Автор считает, что проявление энуреза, обусловленное наследственными факторами, в дальнейшем осложняется психогенными наслоениями по типу условнорефлекторных. Условный рефлекс разрушается со временем.

Причиной энуреза могут быть и психогенные факторы, причем часто и незначительные, например перемена обстановки — при помещении в ясли или детский сад. Как указывалось выше, смена динамического стереотипа у ребенка имеет более патогенное значение, чем у взрослых. Ребенок, до этого уже приученный к опрятности, теряет свои навыки, появляется не только ночное, но иногда и дневное недержание мочи.

Мальчик 3 лет. Происходит из материально обеспеченной семьи. Мать тревожная, мнительная, уделяла ребенку много внимания. Развивался правильно. Ходить и говорить стал к году. К 2 годам уже овладел навыками опрятности, был смышленым, активным ребенком. Мог подолгу заниматься игрушками, но был всегда легко возбудимым, настойчивым, требовательным, чрезмерно привязанным к матери, не отпускал ее от себя.

Когда мальчику исполнилось 3 года, мать поступила на работу и отдала ребенка в детский сад. Мальчик очень сильно реагировал на уход из семейной обстановки. В детском саду каждый день плакал, плохо втягивался в общий режим, держался в стороне от детей. Появилось ночное недержание мочи, а изредка и дневное.

Ночное недержание мочи нередко наблюдается и в 7-летнем возрасте у детей, поступающих в школу-интернат. Ночной энурез у детей младшего дошкольного возраста может

появиться и в связи с ревностью к вновь родившемуся в семье ребенку. Старший тяжело переживает, что младшему члену семьи уделяется больше внимания, чувствует себя обиженным, покинутым матерью, становится капризным, раздражительным, появляется недержание мочи.

У детей старшего дошкольного и школьного возраста травмирующие переживания более сложны (неблагоприятная семейная ситуация — развод родителей, появление в семье мачехи или отчима).

Частой причиной психогенной реакции, проявляющейся в нарушении произвольного мочеиспускания, бывают острые психические травмы шокового или субшокового характера. В лекции 2, посвященной описанию психогенной шоковой реакции у детей, было указано, что недержание мочи — одно из стойких последствий психической шоковой реакции.

Многие авторы считают одной из наиболее важных причин ночного недержания мочи у детей неправильное, небрежное воспитание. Дети распущены, не способны к задержкам, не приучены к своевременному опорожнению мочевого пузыря.

Распознавание моносимптоматической формы невроза с синдромом недержания мочи может иногда представить большие трудности, особенно при отсутствии анамнестических данных. Эти затруднения объясняются тем, что недержание мочи наблюдается при самых разнообразных психических расстройствах (как органических, так и функциональных). Оно может быть также у психически здоровых детей как проявление парциального инфантилизма или какого-либо локального дефекта в анатомическом строении мочевого пузыря или нарушения его периферической иннервационной системы. Поэтому для уточнения диагноза необходимо тщательное всестороннее обследование больного, чтобы исключить какой-нибудь местный процесс в самом мочевом пузыре, в соответствующих отделах спинного или головного мозга.

В тех случаях, когда энурез появляется впервые у дотоле здорового ребенка, необходимо провести дифференциальный диагноз и с начальной стадией эпилепсии и шизофрении, так как эпилептические ночные пароксизмы (сумеречные состояния, снохождения) нередко протекают с энурезом. В начальной стадии вяло протекающей шизофрении также может наблюдаться нарушение навыков опрятности. В том и другом случае диагноз устанавливается на основании изучения всей клинической картины. Кроме того, важно учесть, что энурез при эпилепсии возникает нередко на фоне измененного сознания, а при шизофрении недержание мочи, особенно дневное, служит проявлением негативистической установки.

Ночное недержание мочи может быть признаком эндокринного заболевания, главным образом гипофизарной при-

роды, нарушением водно-солевого обмена, нейро-артритического диатеза, диабета. Неучет всех этих факторов может привести к диагностическим ошибкам.

Девочка 14 лет (наблюдение А. Ф. Мельниковой), высокого роста, с несколько увеличенной щитовидной железой. Менструации с 10 лет. Развивалась правильно, навыки опрятности своевременны. Росла здоровым, спокойным ребенком. Детские инфекции переносила легко. В возрасте 10 лет перенесла инфекционный гепатит. Во время инфекционного гепатита стала более подавленной, раздражительной, появился кожный зуд. В 13-летнем возрасте осталась одна с бабушкой (мать уехала в длительную командировку). Бабушка много болела, девочка за ней ухаживала, вела хозяйство, волновалась, переутомлялась. Появился кожный зуд, как и во время гепатита, и ночной энурез. Девочка стала раздражительна, плаксива, снизился аппетит, появилась повышенная потливость. Стыдилась своего недуга и тяжело его переживала. По возвращении матери обратились к врачу. Анализ мочи в норме. Девочку направили к психоневрологу, который расценил это явление как реакцию на психическую травму (смерть бабушки). Применяли общеукрепляющие средства, ванны; назначали адиурекрин, бром. Стала спокойнее, энурез прекратился.

Через полгода, весной, во время экзаменов снова появилось ночное недержание мочи, но на этот раз не ежедневно, а эпизодически. Было рекомендовано принимать глюкозу, витамины; снова назначили адиурекрин. Летом была на даче, энурез не прекращался; в моче на этот раз был обнаружен высокий процент сахара (12%). Обострился зуд, и больная была стационирована в отделение больницы имени С. П. Боткина для лечения тяжелой формы диабета.

Причиной диагностической ошибки в данном случае было недостаточно подробное обследование девочки: врач ограничился анализом мочи на сахар и не проверил содержание сахара в крови.

Течение психогенной реакции с синдромом ночного энуреза обычно благоприятное. Исключение представляют случаи, когда энурез возник после острой тяжелой психической травмы шокового характера или при длительной травмирующей ситуации, трудно разрешимой для ребенка. Менее благоприятно течение также в тех случаях, когда навыки произвольного мочеиспускания поздно установились в раннем детстве, что дает основание предполагать неполноценность физиологической системы, регулирующей функцию произвольного мочеиспускания.

Недержание кала — так называемый энкопрез — наблюдается у детей значительно реже, чем недержание мочи. Причиной этого страдания иногда бывает та или другая форма органической недостаточности: анатомический дефект строения заднего прохода, слабость мышечного аппарата, паретическое состояние сфинктера. Недержание кала может быть также признаком органического поражения нервной системы в различных ее отделах, как периферических, так и центральных. При тяжелых поражениях головного мозга у детей, при глубоких состояниях слабоумия часто наблюдается недержание не только мочи, но и кала. В части случаев недержание

кала носит функциональный характер и нередко возникает у здорового до того ребенка под влиянием различных психогенных факторов.

Эта форма психогенной реакции чаще наблюдается при психопатических или психопатоподобных состояниях и у детей с явлениями врожденной нервности. Энкопрез наблюдается также как проявление моносимптоматического невроза или реакции протеста (см. лекцию 10).

Приведем клинический пример.

Мальчик 5 лет. Беременность и роды у матери протекали без отклонений. В годовалом возрасте много болел (одновременно корь, ветряная оспа, пневмония и вскоре после этого дизентерия). Физическое и психическое развитие ребенка протекало нормально. Ходить и говорить стал к году. Рано приобрел навыки опрятности. Был спокойным, послушным. В четырехлетнем возрасте мальчик был отдан в детский сад. Очень неохотно его посещал; воспитатели детского сада жаловались на его плохое поведение: проявлял упрямство, при недовольстве давал аффективные вспышки, кричал, падал на пол, бил ногами. В это же время появилось недержание мочи и кала (днем и ночью). Ребенка лечили амбулаторно без эффекта. В пятилетнем возрасте был помещен в психоневрологическую больницу.

Физическое состояние: внутренние органы нормальны. Мочеполовая система без видимых изменений. На рентгеновском снимке пояснично-крестцового отдела позвоночника обнаружено расширение дужек первого крестцового позвонка (spina bifida). Со стороны нервной системы, кроме нестойкой анизокории и повышения коленных рефлексов, отклонений нет. Психическое состояние: считает себя больным — «не прошусь на горшок». Интеллект соответствует возрасту. Достаточный запас слов. Поведение правильное. Вначале малоактивен. Постепенно становится более оживленным, веселым. В течение месячного пребывания в больнице был совершенно опрятен.

Был выписан с диагнозом: затяжная невротическая реакция.

При л е ч е н и и невротической реакции с синдромом ночного энуреза и энкопреза требуется прежде всего установить, в чем корни травмирующей ребенка ситуации, помочь ему в ее разрешении. Необходимо уточнить условия, в которых живет ребенок. Иногда энурез излечивается при устранении моментов, мешающих ребенку преодолеть свой недуг.

Так, у девочки 5 лет ночное недержание мочи удалось ликвидировать лишь после того, как с ее кроватки сняли сетку (наблюдение А. Ф. Мельниковой).

Мальчик 10 лет, очень впечатлительный, неуверенный в себе, плохо засыпал, так как тревожился, что помочится в постели или проснется слишком поздно и не успеет добежать до уборной. Затем крепко засыпал и обычно под утро мочился в постель. После того как под его кровать был поставлен ночной горшок, стал спокойно спать всю ночь и энурез прекратился (наблюдение Л. С. Юсевич).

При наличии тяжелой семейной ситуации для лечения энуреза необходима перемена обстановки. В случаях, принявших затяжное течение, необходимо тщательное обследование больного, чтобы установить патогенетический механизм энуреза. Прежде всего важно обратить внимание на глубину сна больного. При наличии очень глубокого сна полезны сред-

ства, повышающие тонус симпатической нервной системы (эфедрин в небольших дозах на ночь). В тех случаях, когда сон ребенка чрезмерно чуткий и сопровождается обилием устрашающих сновидений, рекомендуются и снотворные средства (В. М. Мухин).

Большое значение имеет правильный подход к больному в семье. Наказание и упреки не только не достигают цели, а, наоборот, приводят к ухудшению состояния. Необходимо учесть, что многие дети тяжело переживают свой дефект. Одни из них становятся подавленными, робкими, тихими, неуверенными в себе, проявляют наклонность к страхам, другие, наоборот, будучи ущемлены в своем самолюбии, становятся грубыми, непослушными, двигательно беспокойными. У тех и других может развиться недоверие к окружающим, подозрительность, они высказывают опасение, что их презирают за дефект, что их сторонятся из-за плохого запаха и т. д.

Лечащий ребенка врач должен убедить его в возможности излечения от недуга, вселить в него бодрость и по мере возможности (в зависимости от возраста ребенка и его умственного развития) разъяснить ему, в чем сущность назначаемого лечения; тогда ребенок будет охотнее выполнять все предписания врача. В затяжных случаях лечение должно быть комплексным.

Из медикаментов надо назначать адиурекрин — средство, регулирующее водный обмен, уменьшающее количество мочи в мочевом пузыре в ночное время. Адиурекрин по 0,02—0,05 г надо вдыхать в нос (один порошок перед сном). Хорошо действуют и тонизирующие средства (препараты стрихнина): T-rae nucis vomicae 4,0 и T-rae valerianae 20,0 по 10—15 капель 3 раза в деиь перед едой. Из других мероприятий большое значение имеет правильный режим питания с ограничением жидкости в вечерние часы.

Н. И. Красногорским предложен следующий режим, в основу которого положена идея о задерживающем действии поваренной соли на образование мочи. Дети получают до 4 часов дня обычную пищу; после 4 часов введение жидкости ограничивают, в 6 часов вечера дают сухой ужин в небольшом количестве (мясо, яйцо, масло, хлеб). Запрещаются фрукты, овощи, каши. Количество соли и соленых блюд за ужином должно быть минимальным. Вечером, через 1—2 часа после ужина, перед сном, когда ребенок уже в постели, ему дают что-нибудь соленое (бутерброд с ветчиной, икрой, селедкой). Соль, введенная перед сном, удерживает воду в тканях, понижает образование мочи в почках. Вследствие этого в мочевом пузыре собирается небольшое количество мочи, которое не вызывает рефлекса опорожнения. Такое лечение должно проводиться не менее 2 месяцев.

Важно применять и лечебную физкультуру.

Из физиотерапевтических методов рекомендуется диатермия на область мочевого пузыря, гальванизация пояснично-крестцовой области с кальцием и атропином.

В отдельных случаях энуреза, более упорно не поддающегося лечению, положительный результат был получен путем тканевой терапии (подсадки ткани по методу Филатова).

Для лечения ночного недержания мочи у детей школьного возраста Гомбургер предлагает гипноз. Ребенку внушают, что в определенный час он почувствует такое же давление в мочевом пузыре, которое он испытывает сейчас во время гипноза (врач в это время надавливает на область мочевого пузыря), и проснется.

Лекция 9

ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ

(Продолжение)

Моносимптоматические неврозы с нарушением сна, двигательными и речевыми расстройствами

В картине моносимптоматических форм невроза расстройства сна всегда занимают видное место. Под влиянием острой или длительной психической травмы у ребенка отмечается бессонница или медленное засыпание. Сон становится тревожным и чутким, появляются устрашающие сновидения, ночные эпизоды в форме приступов испуга и снохождения.

Ночной испуг принадлежит к числу частных моносимптоматических форм невроза у детей, особенно у детей младшего возраста. Под ночным испугом понимают своеобразные просоночные состояния (переходные состояния между сном и бодрствованием). Ребенок, спокойно спавший в течение первой половины ночи, вдруг просыпается, кричит, иногда пытается куда-то бежать, поднимается с кровати с очень испуганным выражением лица. Широко раскрытые глаза выражают состояние страха или ужаса. Иногда по отдельным высказываниям или мимике ребенка можно заключить, что он «видит» что-то страшное. Ребенок не полностью ориентирован в окружающей обстановке, не всегда узнает близких, состояние сознания колеблющееся. Ребенок просыпается, постепенно успокаивается и обычно вновь засыпает. На следующий день амнезия, иногда остаются отрывочные воспоминания о приступе. Ночной испуг нередко сопровождается и сложными автоматизмами, ребенок встает с кровати, ходит по комнате (снохождение).

Причиной ночного испуга чаще всего является психическая травма шокового или субшокового характера (укус собаки, пожар, устрашающие впечатления, скандалы, драки,

и др.). Психогенные факторы приобретают более патогенное значение (в смысле возможности возникновения ночных испугов) в тех случаях, когда они имеют место в ночное время или перед засыпанием. Ночные испуги обычно повторяются в течение более или менее длительного промежутка времени. В высказываниях ребенка иногда удается уловить связь с содержанием травмировавшей его ситуации. Нередко они возникают ночью приблизительно в одно и то же время.

Повторение ночного испуга чаще всего происходит по механизму патологически упрочившейся условной связи. Ниже приводимый случай с достаточной убедительностью иллюстрирует это.

Мальчик 8 лет, младший в семье. Раннее развитие было нормальным. Рос слабым, робким, тихим, застенчивым, боязливым. Пошел в школу 7 лет, учится удовлетворительно. Воспитывался в тяжелой моральной обстановке. Отец — алкоголик, раздражительный, злой человек, часто возвращался домой пьяным, скандалил, кричал. Однажды в 11 часов вечера учинил дома скандал. Мальчик, который в это время спал, проснулся в сильном испуге, очень волновался за мать. С тех пор в течение 2 недель почти каждую ночь ночные страхи. Просыпается приблизительно в 11 часов вечера, кричит, зовет мать, дрожит всем телом, обливается по́том, пульс частый. Голос испуганный, иногда не узнает мать. Через 15 минут успокаивается и засыпает. На следующее утро с трудом просыпается, когда его будят. Бывает бледен, кажется очень усталым. О ночном страхе остаются отрывочные воспоминания. Ночные приступы повторяются 1—2 раза в неделю. В тех случаях, когда ночных страхов нет, мальчик также спит неспокойно, говорит во сне. Направлен в санаторий, где в течение месяца приступы не повторялись.

В этом случае первый приступ ночного страха у мальчика возник в связи с ночным скандалом. В дальнейшем приступы ночных страхов повторялись по механизму патологически закрепившейся условной связи — ребенок просыпался всегда в тот же час, когда первый раз случился ночной испуг. При помещении ребенка в спокойную обстановку детского санатория ночные приступы исчезли.

Причиной расстройства сна и ночных эпизодов в форме ночных испугов и снохождения могут быть и ситуационные трудности. Для ребенка, воспитывавшегося без детского коллектива в условиях большой изнеженности, нередко трудной, патогенной ситуацией является поступление в школу или детский сад. У детей с врожденной нервностью появление этих ночных эпизодов иногда принимает затяжной характер.

В следующем клиническом примере причиной ночных страхов и снохождения является волнение в связи с переменой обстановки — поступление девочки в детский сад.

Девочка 7 лет. В раннем детстве страдала спазмофилией и рахитом, в дальнейшем развивалась правильно. Всегда была боязливой, впечатлительной. В 3 года девочка упала со стула, коммоционных явлений не было. После падения девочки мать стала ее чрезмерно оберегать. Девочка стала еще более тревожной и боязливой. Первый ночной испуг возник у нее в 4-летнем возрасте при поступлении в детский сад. Девочка неохотно

посещала детский сад, стала подавленной, раздражительной, плохо спала, разговаривала во сне, называла по имени всех детей из детского сада, плакала, звала мать. В последующие ночи появилось снохождение, вставала с постели, ходила по комнате, при окликах просыпалась, была очень испуганной. В течение месяца ночные страхи и снохождение постепенно стали реже и прекратились.

Предрасполагающим фактором в возникновении ночных испугов является состояние астении или соматического недомогания в связи с инфекцией или интоксикацией, причем в дальнейшем ночной испуг может повторяться всякий раз при ухудшении соматического состояния ребенка. Клиническими примерами могут служить два наблюдения А. Ф. Мельниковой.

Мальчик 5 лет. Беременность и роды у матери без отклонений В раннем возрасте развивался нормально. Перенес корь, часто болел ангинами. Носовое дыхание не затруднено. Миндалины нерезко увеличены, отоларингологи поставили диагноз хронического тонзиллита. Со стороны неврологического статуса органических симптомов нет. По словам матери, 3 года назад мальчику во время какого-то заболевания во сне сделали инъекцию пенициллина. Ребенок проснулся, очень испугался и громко заплакал. С тех пор по ночам при всяком заболевании с повышением температуры мальчик вскакивает (причем во время не только ночного сна, но и дневного) и кричит: «ой, мама, ой, мамочка, миленькая». При этом он весь мокрый от пота, лицо гиперемировано, глаза широко открыты, взгляд остановившийся, не узнает мать, кашляет; отмечаются рвотные движения.

Девочка 5 лет. Беременность и роды у матери без особенностей. Раннее развитие нормальное. Из инфекций перенесла корь, пневмонию. В детском саду девочка считалась очень робкой, боязливой, застенчивой. В 4 года появилось заикание, как будто без всякой внешней причины.

Летом 1956 г. девочка болела гриппом, во время высокой температуры она вскакивала и с выражением страха на лице кричала: «мама, везде мусор, ой, грязь, мусор!». По окончании заболевания гриппом все эти явления прошли, но в дальнейшем при повышении температуры (сезонный катар, катар верхних дыхательных путей) ночные испуги повторялись. Однако и при отсутствии повышенной температуры, в состоянии полного здоровья, она по нескольку раз в месяц (4—8 раз) тоже вскакивала во сне и с испуганным выражением лица кричала «мама». На следующее утро о ночном эпизоде ничего не помнила.

Затяжной характер течения ночных эпизодов в данном случае находит свое объяснение в преморбидных особенностях девочки (врожденная нервность). Патогенное значение имеет и перенесенный грипп.

В тех случаях, когда ночной испуг возникает во время инфекции, его клиническая картина отличается большой однотипностью и более строгой периодичностью возникновения, наличием полной амнезии. Такой «органический» характер клинических проявлений ночного испуга особенно часто наблюдается у детей, перенесших черепно-мозговую травму, и дает основание предположить наличие остаточных явлений патологического процесса в нервной системе (в форме сосудистых или ликвородинамических расстройств).

В начальном периоде эпилепсии также нередко наблюдаются периодически повторяющиеся ночные страхи и снохождение с однотипной клинической картиной. В отдельных

случаях отграничение такого рода моносимптоматического невроза в форме ночного испуга или снохождения может представить некоторые затруднения. Эти затруднения возрастают в тех случаях, когда ночные эпизоды протекают с однотипной клинической картиной и более грубо помраченным сознанием с последующей полной амнезией, что может вызвать подозрение относительно эпилепсии.

Однако диагноз эпилепсии, поставленный на основании одного лишь болезненного проявления (ночное снохождение), никогда не может считаться достоверным. Необходимо учесть особенности клинической картины в целом. Иллюстрацией сказанного может служить следующая история болезни.

Девочка 11 лет. Отец страдал хроническим алкоголизмом, 10 лет назад оставил семью. Мать в детстве страдала снохождением. Тетка со стороны матери 24 лет скоропостижно умерла во время судорожного припадка; такие припадки бывали у нее в течение последних двух лет жизни. Дядя матери страдал снохождением.

Беременность девочкой, роды и ее раннее развитие без отклонений. На 3-м году жизни перенесла легкую пневмонию, на 4-м году повторно пневмонию в тяжелой форме. Росла веселой, подвижной, общительной, ласковой, смелой. Учится средне, на уроках не всегда внимательна и усидчива, тяжело переживает плохие отметки, плачет. В текущем году училась в 4-м классе.

Два года назад при возвращении из школы через лес была напугана мальчиками, которые надели шубы мехом наверх и выползли из-за кустов. Спутницы девочки с криком «волки» убежали; она же от страха села на землю, дрожала, была приведена домой подругами. В первую же ночь в страхе вскочила, ходила по комнате. С этого времени каждую ночь отмечалось снохождение. Через 3 месяца переехала к матери в Москву, снохождения стали реже, бывают большей частью после какого-нибудь волнения днем. Однажды во время снохождения зашла в комнату соседки. После занятий в школе отмечаются головные боли, усталость, побледнение.

Со стороны внутренних органов отклонений нет. Щитовидная железа диффузно увеличена, эластична. Реакция зрачков на свет удовлетворительная. Конвергенция неполная. Асимметрический оскал зубов. Патологических рефлексов нет, глазное дно нормально. Сон не нарушен.

Психическое состояние: живая мимика, достаточный запас слов, интеллектуально полноценна, интересуется чтением, выразительно читает стихи. Доступна, доверчива, настроение устойчивое, бодрое; в хорошем контакте с окружающими, нетребовательна, серьезно относится к школьным занятиям. Помнит, что 2 года назад «мальчишки напугали», что она от страха упала, была приведена домой девочками. В настоящее время страхи отрицает, о пережитом испуге говорит спокойно, знает только со слов матери, что ночью вскакивает, сама не помнит об этом, утром встает отдохнувшая.

Однотипность клинической картины снохождения и последующая амнезия дали основание заподозрить эпилептическую природу страдания. В пользу этого диагноза были данные семейного анамнеза (отягощение эпилепсией). Однако эти подозрения не подтвердились при наблюдении за девочкой в клинике. Не было других проявлений эпилептического страдания. Было предложено дальнейшее динамическое наблюдение и лечение в условиях психоневрологического диспансера.

Как видно из приведенного примера в диагностически трудных случаях решающую роль играют не только особенности клинических проявлений данного синдрома, но и вся клиническая картина болезни в целом. Для установления диагноза имеет значение и анамнез (наличие в анамнезе психической травмы). Надо принять во внимание предрасполагающие факторы — неудобное положение в кровати, затрудняющее кровообращение и дыхание ребенка, наличие носовых разращений, увеличенные миндалины и др. Необходимо учесть также индивидуальные особенности ребенка, тип его нервной деятельности. Более предрасположены к ночному испугу дети слабого нервного типа, у которых чаще встречаются различные формы расстройства сна.

Возбудимые дети, характеризующиеся повышенной впечатлительностью, также обнаруживают наклонность к дневным и ночным страхам.

Для предупреждения ночного испуга необходимо устранять болезненные состояния, затрудняющие дыхание ребенка. Особенно большое значение имеет правильное воспитание ребенка.

Большую роль в возникновении ночного испуга играют устрашающие рассказы и сказки перед сном. После этих впечатлений ребенок укладывается спать в тяжелом настроении, неспокойный, в ожидании чего-то страшного, и естественно, что в таком состоянии наклонность к возникновению ночных страхов у него повышается. Как суровое воспитание (наказания), так и чрезмерное внимание и заботы, постоянные разговоры о ночных страхах тормозят лечение уже развившегося невроза страха. Во время лечения важен правильный режим с точным чередованием часов занятий и отдыха и устранением всех впечатлений, возбуждающих ребенка (телевизор, кино). Лечебные мероприятия должны быть направлены прежде всего на упорядочение и углубление ночного сна путем назначения снотворных средств (бромистые препараты, люминал за полчаса до сна). С этой целью применяется и гидротерапия, ванны перед сном, по утрам обтирание всего тела водой комнатной температуры. Детям старшего возраста иногда показана гипнотерапия.

В клинической картине моносимптоматических форм невроза *расстройство речи* занимает очень видное место. Это вполне понятно, если учесть, что наиболее молодая в эволюционном отношении функция речи является и наиболее хрупкой. Под влиянием любого резкого раздражителя ребенок прежде всего теряет функцию речи. В картине психических шоковых реакций мутизм, афония, заикание наблюдаются очень часто (см. лекцию 2). Элективный мутизм наблюдается и при других психогенных реакциях у детей младшего возраста.

Из отдельных форм невротических реакций с расстройством речи — так называемых логоневрозов — наибольшее значение приобретает *заикание*. Эта форма встречается наиболее часто и принимает наиболее длительное, затяжное течение. В основе заикания, являющегося особой формой функционального расстройства речи, лежит судорога мышц речевого аппарата. Наряду с судорогами речевых мышц иногда отмечаются и судороги других мышечных групп. Такие сопутствующие и вспомогательные движения чаще возникают в затяжных случаях, когда не проводилось своевременного лечения; они наблюдаются и у больных, страдающих заиканием и пытающихся компенсировать свой дефект.

Начало заикания может быть острым, чаще под влиянием внезапной психической травмы, и более медленным при длительной психической травматизации. Острое начало чаще отмечается у детей, ослабленных под влиянием перенесенных инфекций и травм. При постепенном развитии заикания ведущую причину труднее определить. В этих случаях имеются длительная психическая травматизация, дефекты воспитания, перегрузка различными впечатлениями. У таких детей часто наблюдаются чрезмерно быстрое умственное развитие, не соответствующее возрасту, и легко наступает перенапряжение нервных процессов. Эти дети очень рано начинают читать, знают на память много стихов, обычно быстро говорят, и под влиянием такой перегрузки впечатлениями может возникнуть заикание.

Мальчик 2 лет 3 месяцев (история болезни А. С. Ремизовой). Происходит из здоровой семьи, развитие правильное, отмечались явления рахита. На 2-м году жизни упал, после чего перестал на короткий срок ходить (явлений коммоции не наблюдалось). Умственно очень быстро развивался, с 2 лет говорит на память сложные стихи; живет среди взрослых людей, которые уделяют мальчику большое внимание. По характеру впечатлительный и легко возбудимый, пугливый. Питание понижено. С 2 лет стал постепенно растягивать в речи гласные буквы и добавлять букву «а» перед каждым словом. Одновременно стал позже засыпать, днем стал более молчаливым, обидчивым. В этом состоянии ребенка вечером повели в гости. Окружающие взрослые уделяли ему много внимания. Со следующего дня появилась клоническая форма заикания.

Клиническая картина заикания разнообразна, но имеет ряд типичных черт. Заикание может быть тоническим или клоническим, чаще отмечается смешанная клонико-тоническая форма. Наряду с основным синдромом заикания у детей наблюдается и ряд общих нарушений со стороны психики. Дети обычно легко возбудимы, неустойчивы, многие из них впечатлительны, пугливы, раздражительны. Отмечается наклонность к страхам. У детей более старшего возраста особенно часто наблюдается страх речи. В клинической картине этих детей часто трудно отграничить, что представляет собой проявление преморбидной врожденной нервности и что можно

отнести за счет длительного заикания. Длительное напряжение, связанное с тяжелым заиканием, приводит ко вторичным невротическим проявлениям. Дети становятся более угрюмыми, озлобленными, пугливыми, не уверенными в себе. У некоторых появляется раздражительность, наклонность к аффективным взрывам. Тяжелые формы заикания мешают детям приспособиться к жизни в коллективе, они становятся более замкнутыми.

Наряду с изменением со стороны психики у этих детей отмечается и ряд вегетативно-соматических расстройств, нарушение аппетита и сна.

В. С. Кочергина описывает две группы детей, страдающих заиканием. У детей первой группы заикание развивается на фоне резидуальной церебральной недостаточности. Такие дети уже в раннем возрасте отличались особенностями развития речи, моторики и форм поведения. Они позже других детей начинали произносить первые слова, речь их была косноязычной. С раннего возраста у них наблюдалась общая моторная недостаточность. Отмечалась также повышенная возбудимость, раздражительность, аффективность, наклонность к агрессивным реакциям. При врачебном обследовании обнаружены явления гидроцефалии и остаточные неврологические симптомы.

Во вторую группу включены дети с тяжелыми неврозами, с большим трудом приспособляющиеся к детскому коллективу. В клинической картине детей этой группы отмечаются: страхи, жалобы на головные боли, утомляемость, страх за свое здоровье, иногда навязчивые состояния, наклонность к истерическим реакциям.

Клиническая картина заикания в большей степени зависит и от преморбидных особенностей ребенка; по данным В. С. Кочергиной, наибольшая тяжесть и длительность течения заикания наблюдались у детей с явлениями органического поражения центральной нервной системы и симптомами тяжелой нервности. Данные катамнестического обследования, собранные Н. А. Власовой, показали, что рецидивы заикания также наиболее часты у детей этих двух групп.

Заикание может принять и периодическое течение: после периода хорошего состояния возникают обострения.

Заикание может возникнуть под влиянием различных вредоносных факторов. Нередко оно является одним из последствий черепно-мозговой травмы (сотрясение мозга). Относительно реже заикание наблюдается после инфекции. Заикание может возникнуть в результате подражания в том случае, когда ребенок в период еще не законченного формирования речи живет в семье, где есть заикающиеся взрослые или дети (следует указать, что инстинкт подражания в этом возрасте очень силен).

Однако чаще всего заикание является своеобразной формой *моносимптоматического невроза с ведущим синдромом речевых расстройств.* Невроз в форме заикания может развиться у любого ребенка под влиянием чрезмерно сильных раздражителей. Однако

в большинстве случаев при тщательном анализе анамнестических данных можно найти указания на те или иные моменты, предрасполагающие к развитию этого логоневроза.

Причиной заикания как моносимптоматической формы невроза могут быть как остро действующие психические травмы, вызывающие испуг, так и длительные, травмирующие психику воздействия, постоянное запугивание ребенка и устрашающие рассказы. В огромном числе случаев большое значение имеет и соматогенный фактор: перенесенная инфекция или черепно-мозговая травма снижает функциональную активность коры больших полушарий, и на этом фоне незначительные раздражители психогенного характера могут стать сверхсильными для нервной системы ребенка. Важным моментом, способствующим развитию заикания, является косноязычие ребенка.

К предрасполагающим факторам относятся также состояния повышенной впечатлительности, малой выносливости, явления врожденной нервности. Развитие таких детей, заболевающих в дальнейшем логоневрозом, в большинстве случаев правильное: эти дети часто начинают ходить и говорить еще до года, у них достаточный запас слов, но темп речи иногда непомерно быстрый. В поведении этих детей часто можно отметить проявления двигательного беспокойства, ненужную торопливость, повышенную чувствительность ко всему новому, неожиданному, пугливость, легкую тормозимость. В семейном анамнезе этих детей нередко удается установить, что родители (или другие члены семьи) в молодом возрасте страдали заиканием.

К числу факторов, предрасполагающих к развитию заикания, можно отнести и возрастные особенности. Заикание начинается чаще всего в дошкольном периоде, когда у ребенка окончательно формируется сложная система речевого аппарата и потребность общения с окружающими становится более сильной. Всем этим объясняется тот факт, что у детей младшего возраста причиной заикания часто являются очень незначительные психогенные факторы. К числу частых патогенных агентов у детей младшего возраста относится неожиданный раздражитель (сверхсильный для нервной системы данного ребенка) — резкий звук.

Мальчик 3½ лет. Происходит из здоровой семьи, развивался нормально. К 2 годам — фразовая речь; общительный, веселый, но очень впечатлительный и пугливый. Стал заикаться после того, как кто-то громко закричал. Мальчик сильно испугался, в течение 3 дней не говорил, потом стал заикаться. Заикание резко выраженное, инспираторно-клоническое, со спазмами губ, напряжением мышц лица, сопутствующими движениями.

На маленьких детей патогенное влияние оказывает также внезапная перемена обстановки (появление незнакомого человека).

У девочки 3 лет заикание началось в возрасте 2½ лет после того, как ее поместили в больницу. По выписке из больницы заикание прошло, но вновь возвратилось после испуга (упала с окна); коммоционных явлений не было.

Мальчик $5^1/_2$ лет. Отец и тетка заикались. Мальчик начал заикаться после того, как сильно испугался другого незнакомого мальчика. С тех пор заикание периодически исчезает; появляется вновь, когда ребенок чем-либо обеспокоен. Мальчик впечатлителен, пуглив, обидчив.

Для впечатлительных детей серьезной психической травмой, обусловливающей заикание, является наказание.

Девочка 4 лет с хорошим умственным развитием, повышенной эмоциональной и двигательной возбудимостью. Заикание началось в возрасте 3 лет после того, как ее наказали ремнем. Девочка после этого долго плакала, сон был беспокойным. Раннее развитие девочки было правильное, ходить и говорить стала к 11 месяцам. В 9-месячном возрасте болела коклюшем.

Причиной заикания может быть также разлука с родными или их смерть.

Девочка 5½ лет. Обстановка в семье спокойная. Беременность и роды у матери без отклонений. Развилась быстро, ходить и говорить стала до года. В возрасте 2 лет перенесла полиомиелит. Росла послушной, впечатлительной, легко возбудимой, была обидчива, часто плакала. В семье умерла младшая сестренка. Девочка стала капризной, раздражительной; появилось заикание. Вскоре после этого появились страхи, кажется, что «что-то лежит». Была боязлива, не оставалась одна в комнате. Боялась микробов (сестра умерла от инфекции). Закрывала глаза, чтобы никого не видеть. Постепенно, в течение 2 месяцев, все прошло.

Как видно из приведенных примеров, начало заикания чаще всего относится к дошкольному возрасту. В отдельных случаях заикание начинается и раньше, в двухлетнем возрасте. Если заикание возникает в подростковом или юношеском возрасте, то оно обычно является не первично возникшей формой, а обострением или рецидивом дефекта, бывшего в дошкольном возрасте.

Течение данной формы моносимптоматического невроза в значительной степени зависит от своевременности лечения и от влияния окружающей ребенка среды и условий воспитания. Необходимо бороться с неправильными и ошибочными мероприятиями родителей в отношении заикающихся детей. В связи с чрезмерным вниманием, которое родители уделяют самому моменту заикания, у ребенка возникают новые отрицательные эмоции, еще более нарушающие координацию речевых движений. Неправильное поведение родителей влияет и на ребенка: он становится более робким, стеснительным, менее общительным.

Ухудшение заикания часто имеет место в школьном периоде, при поступлении в школу в связи с тем, что в этом возрасте к речевой деятельности предъявляются более высокие требования. Большое значение в возникновении гнетущего аффекта у ребенка имеют и насмешки товарищей, и постоянное волнение, что он не сможет ответить уроки. В связи с этим

может возникнуть и вторая невротическая реакция — страх речи. Эта реакция усиливается в юношеском возрасте, в период полового развития.

В то же время в юношеском возрасте заикающиеся легче находят пути излечения в форме различных приемов, которыми они пользуются, чтобы скрыть свое заикание. По мере того как страдающие заиканием привыкают пользоваться этими приемами, они постепенно могут освобождаться от судорожных вспомогательных и сопутствующих движений.

Н. П. Тяпугин приводит статистические данные, относящиеся к 80-м годам прошлого столетия, охватившие около 30 000 заикающихся; половина из них в возрасте 20—21 года без всякого специального лечения полностью излечилась от своего недуга. Это можно объяснить и тем, что нервно-психическая сфера заикающегося в связи с созреванием организма и возмужалостью становится более устойчивой.

Лечение заикания у ребенка должно начинаться возможно раньше, так как заикающаяся речь может закрепляться по механизму патологических условных связей (как известно, у детей с невротическими явлениями патологические условные связи угашаются с большим трудом). В первое время основным лечебным мероприятием должен быть полный покой, а иногда и постельный режим. Чтобы предоставить ребенку полный отдых и не заставлять его говорить, не следует давать ему каких-либо речевых заданий, надо ограничить его общение с другими детьми, исключить шумные игры. Важно также отменить всякие развлечения, требующие напряжения нервной системы ребенка. Учитывая, что некоторые дети болезненно реагируют на патологию своей речи, не следует в их присутствии говорить об этом. Очень важно, чтобы взрослые в присутствии ребенка говорили медленно, четко и спокойно.

Если мероприятия не дали лечебного эффекта, необходимо приступить к систематическим логопедическим занятиям. Для детей дошкольного возраста эти занятия должны строиться на игровом материале. С детьми более старшего возраста проводятся беседы в замедленном темпе, рассказывают им сказки, которые потом дети повторяют за взрослыми. Детям предлагается говорить отдельные фразы, стихотворения, называть изображения на картинках.

Лечение заикания является всегда комплексным и направлено не только на устранение неправильного произношения слов и выработку навыков правильной речи, но и на перевоспитание всей личности больного, устранение патологических условных связей и выработку новых условных рефлексов, нормализующих речь.

Ю. А. Флоренской были предложены для лечения заикания специальные групповые занятия, продолжающиеся 2—3 месяца. На этих занятиях устанавливаются индивидуальные

речевые особенности каждого из больных, после чего объясняется основная установка речевой ортопедии — техника слитной и медленной речи, которая смягчает судорожность. Предпосылкой медленного темпа автор считает «режим молчания», который рекомендуется больным в течение всей первой декады. Со 2-й недели начинается освоение медленного темпа речи путем громкого чтения. Постепенно начинает вводиться самостоятельная речь.

Н. П. Тяпугин также кладет в основу лечения заикания активирующую психотерапию для перевоспитания заикающегося, выработки у него спокойного, уверенного поведения и устранения болезненного страха речи. Он рекомендует групповые занятия, когда заикающиеся попадают в среду, где у них нет повода стесняться своего недостатка. Это позволяет им быть более уверенными в своей речи и облегчает ее. Так же как и Ю. А. Флоренская, он считает основным способом обучения заикающихся медленную, плавную и слитную речь.

Е. Ф. Рау рекомендует установить специальный речевой режим в семье, где имеется заикающийся ребенок. Члены семьи должны следить за тем, чтобы их речь была неторопливой, плавной и внятной. В занятиях взрослых с заикающимся ребенком Е. Ф. Рау выделяет три периода. В первом периоде взрослый приучает ребенка произносить одновременно с ним отдельные слова и маленькие фразы; затем ребенок должен повторять произнесенное взрослым слово или предложение, как эхо («отраженно»). Во втором периоде проводится упражнение в составлении рассказов по картинкам, в вопросах и ответах, в беседе на различные темы. В третьем периоде ведутся указанные выше речевые занятия с целью закрепления приобретенных навыков плавной речи.

В. А. Гринер применяла для исправления заикания и других речевых нарушений особую форму лечебной ритмики,— логопедическую ритмику. Автор справедливо указывает, что в дошкольном возрасте, когда выработка спокойной и плавной речи затруднена, музыкальное воспитание приобретает чрезвычайно большое значение. Легкость, с которой ребенок воспринимает музыку, облегчает задачу оздоровления речи. Преимущество лечебной ритмики автор видит в том, что путем музыкального ритма легче растормозить перенапряженный мышечный тонус многих детей, страдающих заиканием.

Из медикаментов рекомендуется раствор хлористого кальция и бромиды в малых дозах, общеукрепляющая и витаминная терапия.

Для борьбы с заиканием у детей требуется правильная организация логопедической помощи. Заикание детей преддошкольного и дошкольного возраста следует лечить в группах при детских поликлиниках и в отделениях диспансеров. Важно также создавать специальные логопедические площадки и

стационары. Занятия проводятся ежедневно или через день по одному часу. В детских амбулаторных группах и на логопедических площадках работа с детьми проводится логопедом в тесном контакте с врачом-психоневрологом.

Для школьников имеются логопедические пункты в школе. В этих условиях лечение не отрывает детей от школьных занятий. В особо трудных случаях логопедическая помощь оказывается в специальных логопедических стационарах и кабинетах при детских психоневрологических диспансерах.

К *функциональным тикам* относят непроизвольные движения в отдельных группах мышц, по своей картине напоминающие защитную реакцию, направленную на освобождение от неприятных ощущений экстеро- или проприоцептивного характера (мигательные движения, имеющие целью освободиться от яркого света, от соринки в глазу, движения шеи как реакция на тесный воротник, движения головой как отрицательный ответ и др.). Иногда дети жалуются, что им «что-то мешает». Однако не всегда удается доказать защитный характер тикозного движения. Функциональные тики, возникающие после психической травмы, часто носят иной характер.

По своей локализации наиболее частыми являются тики в различных мышцах лица. Наряду с тиками мышц лица наблюдаются и тики мышц конечностей, а также различные респираторные тики: покашливание, кряхтение, придыхание.

Начало тиков относится к дошкольному или младшему школьному возрасту. Единичные случаи наблюдались и в возрасте 2—3 лет (Т. П. Симсон и М. М. Модель). У мальчиков тики наблюдаются чаще, чем у девочек [Цаусмер (Zausmer), Лайон (Lyon)]. Наиболее часто тики возникают в переходные возрастные периоды: в возрасте 7—8 лет и в пубертатном периоде.

Причины функциональных тиков многообразны. А. Ф. Фурманов, изучавший функциональные тики у детей (детская клиника и диспансер Психоневрологического института в Харькове), на основании 120 клинических наблюдений описывает следующие патогенные факторы и механизмы.

1. Подражание (15,6%). Ребенок подражает тикам взрослого или товарища, и подражательные действия постепенно становятся привычными.

Мальчик 10 лет. Подергивания впервые появились у больного в возрасте 8 лет, когда он очень увлекался кроликами; его особенно развлекали движения, которые кролики производят носом. Он подражал этому движению и неоднократно производил его перед зеркалом. Когда родители обратили на это внимание и стали бранить мальчика, он уже не мог преодолеть этого движения носом, оно стало для него привычным. Мальчик тяжело переживал свою патологическую привычку, плакал, боялся насмешек товарищей. Был направлен в психоневрологический детский кабинет для лечения. После 10 сеансов психотерапии (внушением) тик был ликвидирован.

2. Закрепление реакции, имевшей ранее защитный характер (37,6%).

У мальчика 9 лет тик появился после того, как он носил блузу с узким воротником. Причинный момент был устранен, но движения не прекратились.

Иногда тик в форме мигания впервые возникает в связи с напряженным рассматриванием картин в телевизоре. Такие причины происхождения тика наиболее часты у детей психастенического склада либо у детей, внушаемых, не по возрасту инфантильных и интеллектуально отсталых.

3. Острая психическая травма (17%) (испугала собака, напали хулиганы, пожар и др.). В этих случаях характер тика часто отображает то защитное движение, к которому прибегнул ребенок в момент психической травмы (откидывание головы, поднимание руки и др.).

Мальчик 10½ лет. Тикозные подергивания мышцы лица появились в возрасте 10 лет после того, как больной был избит хулиганами. Наряду с различными сомато-вегетативными расстройствами (нарушение сна, ухудшение аппетита, плаксивость) у мальчика появилось учащенное мигание. В последующем к мигательному тику присоединились подергивания правого угла рта и крыла носа.

Мальчик 5½ лет. В возрасте 4½ лет был сильно напуган сорвавшейся с цепи сторожевой собакой. У него появились тики лица, головы и рук (мигание, отбрасывание головы, выбрасывание рук вперед); тогда же мальчик стал заикаться.

4. Длительная психическая травматизация в связи с конфликтными переживаниями (29,8%).

Мальчик 9 лет очень тяжело переживал свою неуспеваемость в школе. Однажды учительница сделала в особо резкой форме замечание мальчику за то, что он забыл дома тетрадь. На следующий день у него появились частые тикозные подергивания головы.

В подобных случаях предрасполагающим моментом является неправильное воспитание. Тики нередко наблюдаются у избалованных, эгоистичных детей, желающих всегда быть на первом месте, требующих исполнения своих желаний и особого внимания со стороны родных. При неисполнении желания тикозные подергивания у них усиливаются.

В небольшой части случаев можно установить врожденное унаследованное предрасположение к возникновению тиков. Среди родственников детей, страдающих тиком, нередко наблюдаются тикозные подергивания.

Мальчик 11 лет. Отец — неуравновешенный человек, вспыльчивый, несдержанный. Мать легко возбудимая, заикается, страдает тиками. Дед и дядя со стороны матери также страдали заиканием. Мать на V месяце беременности упала, после чего появилось кровотечение. Роды были затяжные, ребенок долго стоял в родовых путях, родился с большой головой. Физическое развитие своевременное. Был беспокойным, плохо спал. Перенес ветряную оспу, коклюш, корь. Инфекции протекали легко и без осложнений. В школу поступил 7 лет, учится хорошо. Начало появления тика в виде частого моргания связывается с ослеплением прожектором: «посмотрел на прожектор и начал часто моргать».

Со стороны нервной системы органических симптомов нет. Речь быстрая, заикается. По самому ничтожному поводу возбуждается, плачет. Интеллект нормальный, мальчик любознателен. Настроение крайне лабильное, очень подвижен, неустойчив. Жалуется на головные боли. Была сделана спинномозговая пункция. Жидкость вытекала частыми каплями. Состав жидкости без отклонений.

После проведенного лечения (хвойные ванны, внутривенные вливания 10% раствора хлористого кальция) состояние мальчика улучшилось, он стал спокойнее, ровнее, но моргание не исчезло совсем. Через год поступил вторично с теми же явлениями (повышенная возбудимость и тикозные подергивания).

Такое неблагоприятное течение «тикозной болезни» нередко наблюдается у детей с врожденным предрасположением к тикам. Наряду с тикозными гиперкинезами у этих детей нередко отмечаются и навязчивые движения в форме защитных ритуалов (см. лекцию 7).

Преморбидные особенности детей, заболевших тиком, изучались различными авторами [Гомбургер, Цаусмер, Ниссен (Nissen)]. А. М. Фурмановым в 27% всех наблюдений были отмечены психастенические черты характера. С самого раннего детства эти дети отличались боязливостью и мнительностью; тики у них возникали незаметно, исподволь. Раз возникнув, тикозные движения у этих детей носили стойкий характер и плохо уступали лечебным мероприятиям. Наряду с тиками у них нередко наблюдались и навязчивые страхи. По отзывам родителей и педагогов, эти дети отличались нерешительностью, робостью, отсутствием инициативы и самостоятельности. О связи болезни тиков с неврозом навязчивости пишут и Боллеа (Bollea), и Страцери (Strazzeri).

Среди детей, страдавших тиком, имелись и возбудимые дети, обнаруживавшие с раннего детства повышенное двигательное беспокойство, раздражительность, капризность, упрямство. Двигательная сфера этих детей характеризуется неравномерностью темпа и ритма движений, суетливостью, наличием синкинезий. В связи с резким двигательным беспокойством у этих детей часто трудно установить точную дату начала тиков. Картина тика у них более многообразна и более изменчива. Тикозные подергивания захватывают то одну, то другую группу мышц. Особенно предрасположены к тику дети, не по возрасту инфантильные, внушаемые, эгоцентричные, несамостоятельные, легко поддающиеся влиянию. Возникновение тиков у них часто связано с подражанием. Эти дети иногда используют легкость возникновения тика для реализации своих капризов.

Среди патогенных факторов, предшествующих появлению тиков, большое значение приобретают инфекции: грипп, коклюш, пневмония, ревматизм и др. (А. Ф. Мельникова). Нередко перенесенные инфекции создают только предрасположение к возникновению психогенных тиков. В подобных случаях дифференциальный диагноз между функциональ-

ными и органическими тиками представляется очень трудным. Диагноз устанавливается главным образом на основании данных клинической картины в целом.

Некоторое диагностическое значение имеют и особенности тикозных движений. Тики, обусловленные органическими мозговыми заболеваниями, характеризуются большим однообразием и элементарностью. Они носят более локальный характер, ограничиваются только определенной группой мышц. Функциональные тики напоминают часто защитные движения. Некоторые авторы отмечали, что органические тики часто повторяются в определенном ритме.

С. Н. Давиденков описывает следующие особенности тика у больных эпидемическим энцефалитом: тик отличается большой стойкостью и постоянством, поражает отдельные мышцы или группу мышц, всегда функционально единую. Иногда бывает гиперкинез нескольких мышечных групп, но тогда каждый из них имеет свой ритм. Тикозные движения при эпидемическом энцефалите отличаются от функциональных тиков излюбленной локализацией: они чаще захватывают нижнюю ветвь лицевого нерва, очень часто в сочетании с диафрагмой и дыхательными мышцами, тогда как функциональные тики чаще локализуются в верхней ветви лицевого нерва. Тики при эпидемическом энцефалите не имеют прогредиентного течения, они исчезают.

Течение функциональных тиков обычно длительное. По катамнестическим данным, полученным А. М. Фурмановым, исход тиков представляется следующим образом: выздоровление — в 30%, улучшение — в 36%, без изменений — в 24%, ухудшение — в 10%. Течение может быть регредиентным, стационарным, рецидивирующим и прогрессирующим. Преобладающим при тике является регрессирующий и рецидивирующий тип течения. У детей, страдающих тиками, чаще, чем у здоровых, наблюдается одновременно энурез и заикание.

Теоретическим фундаментом для разрешения вопроса о патофизиологических механизмах тика является учение И. П. Павлова об условных рефлексах, о патологических инертных пунктах в коре больших полушарий. Возникновение тика может быть правильно понято как патологическая условная связь, прочно закрепившаяся в связи с наличием патологической инертности раздражительного процесса. Первичным патогенным агентом может служить какое-то раздражение интеро- или проприоцептивного характера, сопровождающееся неприятным чувством. Движение, возникающее как ответная реакция на раздражение, становится привычным по механизму патологической условной связи.

Е. А. Попов относит функциональные тики к группе фиксационных неврозов. Эти движения первоначально возникают в качестве вполне адекватных реакций на известное раздражение. Раздражение исчезает, но вызванное им движение остается. Этот рефлекс делается чрезвычайно прочным вследствие патологической инертности процесса возбуждения в соответствующих участках головного мозга.

И. Г. Иванов-Смоленский писал о том, что ряд невротических симптомов с характером тикообразных реакций представляет собой патологические формы условных рефлексов.

Лечение тика у детей часто представляет собой трудную задачу, требуя комплекса различных мероприятий и большой индивидуализации. Лечебные мероприятия прежде всего направлены на снижение возбудимости корковых и подкорковых клеток. С этой целью назначается люминал, кальций, препараты брома. Кальций в форме хлористого кальция назначается либо внутрь (5—10%), либо в виде внутривенных вливаний (10% раствора по 5—6 мл). Одновременно с медикаментозной терапией должна применяться и гидротерапия (теплые процедуры, ванны, души) и электротерапия (гальванический воротник с кальцием). Хорошо действует местная дарсонвализация на область соответствующих мышц (данные А. Ф. Мельниковой).

Большое значение имеет трудовая терапия. Занятия с ребенком должны отличаться большой эмоциональной насыщенностью, что способствует возникновению так называемых конкурирующих очагов возбуждения в коре больших полушарий. При явлениях астении очень важно назначать общеукрепляющую терапию, препараты стрихнина, тканевую терапию по Филатову и др. При резко выраженном астеническом состоянии показано лечение условнорефлекторным сном.

У детей старшего возраста (после 8 лет) большое значение приобретает психотерапия в форме гипноза, внушения наяву и рациональная психотерапия. Последняя ставит своей задачей заинтересовать ребенка, дать ему новые интересы и трудовые установки, отвлекающие его от конфликтных переживаний.

При лечении тика у детей применяются также специальные упражнения перед зеркалом. Во время этих упражнений ребенок должен привыкнуть тормозить те или другие движения. Мейге и Фейндель (Meige, Feindel) предложили особую лечебную гимнастику. Гимнастические упражнения пораженных тиком мышц делаются обычно перед зеркалом, что приучает ребенка к активному вниманию. Эти движения больной должен производить медленно, начиная и прекращая их по команде. Очень важны лечебная ритмика и общая физкультура, организующие двигательную сферу ребенка в целом; они способствуют торможению патологических движений.

Лекция 10

ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ

(Продолжение)

Реакция протеста

В течение последних лет в зарубежной литературе большое внимание уделяется особой форме психогенных реакций у детей, названной реакцией оппозиции, или реакцией протеста. Под этим названием описываются разнообразные клиничесские проявления: различные расстройства поведения, начиная от легких форм, наблюдаемых и в поведении здорового ребенка (грубость, непослушание и недисциплинированность), и кончая более серьезными патологическими проявлениями, как острые эксплозивные вспышки гнева с разрушительными тенденциями, бродяжничество, поджоги и другие формы асоциального поведения. К реакциям протеста относят и различные формы невротических реакций с вегетативно-соматическими расстройствами (астма, икота, нарушение функций желудочно-кишечного тракта).

Многие авторы, изучавшие реакцию протеста у детей, подчеркивают, что корни возникновения этой реакции нужно искать в раннем детстве, в первые годы жизни ребенка [Кювелье (Cuvelier), Лоран (Laurent), Дебре (Debré)].

По мнению Дебре, реакция протеста начинается у ребенка уже с 6 месяцев и усиливается со 2-го года жизни в том возрасте, когда ребенок испытывает особую потребность в психомоторной активности; неудовлетворение потребности к движению вызывает у него реакцию протеста. В дальнейшем, начиная со 2-го года жизни ребенка, реакция протеста наблюдается значительно чаще. Особая «борьба» между матерью и ребенком происходит в отношении еды, что приводит к реакции протеста в форме анорексии. Чрезмерная требовательность матери при воспитании навыков опрятности также может вызвать у ребенка реакцию протеста в форме энуреза и энкопреза.

Мишо, Дюше, Флавиньи и Пелльре (Michaux, Duché, Flavigny, Paillerets) описывают реакции протеста у детей школьного возраста. Подчеркивается значение трудной ситуации в школе для ребенка с недостаточной успеваемостью.

Учитель не может уделять малоспособным детям должного внимания в связи с многочисленностью учеников в классе (50 учеников). В ответ на трудную жизненную ситуацию у ребенка или подростка может возникнуть реакция протеста. Он становится раздражительным, грубым, озлобленным, срывает школьную дисциплину. Нередко ребенок совершенно бросает школу, все время проводит на улице с дезорганизованными детьми. Реакция протеста может выразиться в антисоциальных поступках — в краже, бродяжничестве, жестоких актах.

Эйе, Дюрантон, Нарбутон и Девюльф (Duranton, Narbouton, Dewulf) приводят поучительный пример реакции протеста у подростка 16 лет, не успевающего в школе в связи с локальным дефектом (поражение левого полушария), обусловившим нарушение пространственных восприятий (в связи с чем пострадало восприятие письменных знаков). Этот дефект не был своевременно обнаружен. Мальчик находился в различных детских учреждениях, всюду отказывался от занятий в классе и был очень трудным в воспитательном отношении. После того как на основании подробного клинического и электроэнцефалографического обследования была вскрыта патогенетическая сущность его неправильного поведения и были приняты меры для жизненного устройства подростка, поведение его резко изменилось в лучшую сторону.

В приведенных литературных данных есть много интересных клинических фактов, подтверждающих значение реакции протеста в медицинской и педагогической практике. Это одна из тех форм психогенных реакций, которая наблюдается преимущественно в детском возрасте и не имеет аналогии в номенклатуре реактивных состояний в общепсихиатрической клинике. Наиболее близки к этой реакции состояния, описанные П. Б. Ганнушкиным и Б. Д. Фридманом как «эпилептоидные реактивные состояния». Однако самое понятие «реакции протеста» в исследованиях зарубежных авторов чрезмерно расширено. И как всякое неточное и расширенное понятие оно теряет свой практический смысл.

Некоторые авторы справедливо утверждают, что в такое широкое понимание реакции протеста можно вместить почти всю психопатологию детского возраста. Поэтому в такой трактовке понятие «реакция протеста» не может быть использовано для клинических целей.

Необходимо подчеркнуть, что не всякая реакция протеста у ребенка или подростка может рассматриваться как патологическая. Многие реакции протеста наблюдаются и у здоровых детей и нередко могут быть расценены как положительное явление, формирующее характер ребенка, ибо в борьбе с жизненными трудностями характер ребенка нередко становится более сильным и устойчивым. Нет сомнения в том, что реакция протеста ребенка на неправильное поведение родителей, страдающих алкоголизмом, устраивающих дома скандалы, является положительной. Нельзя рассматривать как патологическую реакцию и протестующее поведение ребенка в переходные возрастные периоды. Рост самосознания ребенка, повышение его активности неизбежно приводят к столкновению с окружающими, к борьбе со сложившимися традициями.

Для того чтобы понятие «реакция протеста» могло быть использовано для клинической практики, необходимо его значительно сузить, исключив все те формы протеста, которые могут быть расценены как положительное явление и как психологически понятное переживание здорового ребенка, находящегося в переходной фазе развития. *К этой клинической форме психогенных реакций должны быть отнесены только патологические состояния, нарушающие возможность приспособления ребенка к окружающей среде.*

Клинические проявления этой разновидности психогенных реакций очень разнообразны. Реакция протеста может выражаться в различных клинических синдромах. По существу большинство из описанных выше клинических синдромов психогенной реакции может служить проявлением реакций протеста.

Обычно различают две формы реакции протеста: пассивную и активную.

Одна из частых форм пассивной реакции протеста — элективный мутизм.

Девочка $8^1/_2$ лет. Отец и мать в разводе со дня рождения девочки Мать интеллектуально развита невысоко. О родных сведений нет. Девочка с раннего детства воспитывается в яслях, детских садах и других детских учреждениях. В анамнезе отмечается, что роды у матери были тяжелые; ребенок родился в состоянии асфиксии, вес при рождении 2,5 кг. В дальнейшем раннее развитие правильное, ходить стала с 10 месяцев, говорить — к году. В возрасте 1 года 2 месяцев перенесла дизентерию в тяжелой форме; рецидивы повторялись до 3 лет. После болезни дистрофична, не ходила в течение 6 месяцев. В течение первого года жизни девочка жила с матерью. На 2-м году жизни девочка находилась в Доме ребенка, на свиданиях узнавала мать, ласкалась к ней. В течение последующих 3 лет девочка находилась в яслях для детей, страдающих хронической дизентерией, где посещения матери допускались лишь раз в месяц. Во время свиданий брала у матери гостинцы, спокойно сидела на руках, но ничего не говорила. Разговаривала ли девочка в это время с персоналом, мать не знает. Физически развивалась хорошо. В $4^1/_2$ года была переведена в санаторный детский сад, где вскоре начала отвечать на вопросы по картинкам, потом отвечала на другие вопросы, стала разговаривать с персоналом и детьми, участвовала в играх, пела, декламировала. С матерью же отказывалась разговаривать: объяснялась жестами, мимикой. Если мать не выполняла ее требований, девочка дергала мать за платье, падала на пол, стучала ногами, плакала. С $5^1/_2$ лет была переведена в другой детский сад, где сразу перестала говорить. Вновь стала разговаривать через несколько дней при переводе в прежний детский сад. Разговаривала с соседкой по квартире и с ее ребенком, пела. С приходом матери умолкала. С 6 лет отказывалась ходить в детский сад, всюду стремилась бегать за матерью. С 6 до 8 лет бо́льшую часть времени проводит с тетей; к матери была привязана, ласкалась к ней, но не говорила с ней, разговаривала с тетей. После ряда замечаний перестала разговаривать и с тетей. Последние 2 года ни с кем не разговаривала. В течение дня занималась рисованием, вышивала, играла в куклы, много гуляла. С сентября по октябрь 1957 г. охотно посещала школу, самостоятельно выполняла домашние задания, но по-прежнему ни с кем не разговаривала. В октябре девочка была стационирована в больницу г. Калинина, где состояние ее в течение

$2^1/_2$ месяцев оставалось без изменений. Сон и аппетит всегда были хорошие.

Физическое состояние: по росту отстает от своего возраста, правильного телосложения, кожа, зев чистые. Внутренние органы без отклонений от нормы. Анализы мочи, крови, рентгеноскопия грудной клетки — норма; реакция Вассермана в крови и осадочные реакции отрицательные.

Неврологическое состояние: реакция зрачков на свет и конвергенцию живая. Легкое сходящееся косоглазие. Ослабленная иннервация глаза слева. Сухожильные рефлексы живые. Патологических рефлексов и координационных нарушений нет.

Психическое состояние: спокойно рассталась с матерью, послушно пришла в кабинет врача, выполняла все инструкции и просьбы, но не говорила, отвечала на вопросы жестами, мимикой. В дальнейшем в отделении поведение правильное, охотно общалась с детьми. В коллективе держалась самостоятельно. Требовательна, настойчива, самолюбива, может постоять за себя. В то же время отзывчива на ласку и тянется к ней.

Охотно играла с детьми, ухаживала за животными в живом уголке, рисовала, вышивала, на прогулках была особенно оживлена, шаловлива, много бегала, смеялась.

В классе трудолюбива, внимательна, аккуратно выполняла задания, новый материал усваивала без труда, самостоятельно выполняла письменные работы, учила таблицу умножения, но на вопросы педагога не отвечала и в продолжение 40 дней ни с кем в отделении не разговаривала.

После длительной психотерапии девочка стала разговаривать: вначале повторяла слова за врачом, только шевеля губами, потом шепотом, затем стала здороваться с врачом и отвечать на вопросы одной из девочек, к которой была очень привязана. Постепенно стала отвечать на вопросы других детей и персонала, к выписке у девочки была спонтанная речь, но говорила она несколько приглушенным голосом. Сказала врачу, что дома не говорила, так как рассердилась на маму. При встрече с матерью смущалась, замолкала, но при ободрении начинала разговаривать вначале шепотом, потом громко. Выписана в хорошем состоянии.

В данном случае речь идет о пассивном протесте у самолюбивой, обидчивой девочки, воспитывавшейся в детских интернатах и тем самым лишенной внимания и ласки матери. У инфантильной девочки очень рано проявилась повышенная тормозимость речевой функции. На все «трудности» ее жизни реагировала мутизмом. Была травмирована отсутствием материнской ласки, обижалась на мать, и всякий раз ее реакция протеста проявлялась в мутизме (то полном, то избирательном).

Часто пассивная реакция протеста проявляется у детей в уходе из дому. Ребенок прячется от родителей на чердаке или в подвале, бродит целыми днями по улице, отказывается от еды. Мотивирует свой отказ: «не буду есть, умру, они меня пожалеют».

К числу редких тяжелых реакций протеста у детей старшего возраста и подростков относятся суицидальные попытки с целью «наказать родителей».

Девочка 14 лет. Всегда была эгоцентричной, легко возбудимой, эмоционально неустойчивой. Росла в материально обеспеченной семье,

пользовалась чрезмерным вниманием со стороны родителей. В школе до 7-го класса училась хорошо, занимала «командные» посты в детском коллективе. С успехом выступала в детских спектаклях. Интеллектуальное развитие было без резких отклонений от нормы, но абстрактные предметы (математику) усваивала туго. С 7-го класса стала хуже успевать в школе. Педагоги и родители бранили девочку за плохие отметки. Девочка стала манкировать школьными занятиями, уходила из дому, как будто в школу, но проводила целый день на улице. Когда обман девочки был обнаружен и родители стали ее бранить, она начала отказываться от еды, обвиняла родителей и педагогов в плохом к ней отношении. Предприняла ряд суицидальных попыток демонстративного характера, пыталась удушиться, сделала ряд надрезов на руке, мотивируя тем, что хочет «позлить» родителей. Была доставлена в клинику. Там уже в первые дни поведение правильное, охотно принимает участие в занятиях детей, общительна, настроение ровное, веселое. Свое поведение дома объясняет тем, что «очень злилась на родителей и педагогов».

Клиническим проявлением пассивного протеста являются невротические реакции с синдромом вегетативно-соматических расстройств, таких, как анорексия, насильственный кашель, рвота, запоры. В этих случаях распознавание реакции протеста, отграничение ее от других клинических разновидностей психогенных реакций часто бывают очень трудными. Так, например, большие затруднения можно встретить при дифференциальном диагнозе между реакцией протеста с синдромом анорексии и депрессивной реакцией с отказом от еды в связи с отсутствием аппетита. У детей младшего возраста, у которых депрессивная реакция относительно редко протекает с выраженным аффектом тоски, диагноз может представить особенно большие трудности. Для выявления причины анорексии в этих случаях требуется тщательное изучение семейной ситуации, в которой живет и воспитывается ребенок, правильная оценка особенностей его личности. Анорексия, являющаяся реакцией протеста, чаще исчезает при перемене обстановки, чем анорексия при депрессивной реакции. Дети, у которых анорексия представляет собой проявление реакции протеста, отличаются повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, обидчивостью. Общий фон настроения у них несколько хмурый, угрюмый.

При анорексии, связанной с депрессией, дети более вялы, подавлены, часто астеничны, плаксивы.

Пассивный протест проявляется и в форме нарушения навыков опрятности (недержание мочи и кала).

Мишо, Дюше, Флавиньи и Пелльре приводят два клинических примера реакции протеста, проявляющейся в недержании мочи и кала. В первом случае речь идет о мальчике 7 лет, страдающем недержанием мочи, в происхождении которого основную роль играет неправильное отношение к нему родителей: отец враждебен к нему и очень ласков к дочери, а мать чрезмерно нежна к мальчику. При помещении ребенка в клинику энурез ликвидировался и вновь возобновился при возвращении в семью.

В другом случае реакция протеста у девочки 13 лет проявляется в недержании кала. Девочка была удочерена в раннем детстве; узнала

она об этом случайно. Внешне на это известие девочка не реагировала. Однако, когда она через 2 месяца после этого сломала ногу и принуждена была долго лежать в постели, начало отмечаться недержание кала. Она разбрасывала экскременты на паркете в комнате матери, женщины суровой и строгой по отношению к девочке. При помещении в клинику девочка была вполне доступна (что исключает начало шизофрении с синдромом перверзных влечений). Свое неправильное поведение дома (разбрасывание экскрементов) она объясняла разногласиями с матерью, которую она не любит, хотя и признательна ей.

Активные реакции протеста наблюдаются у детей сравнительно чаще, чем пассивный протест, и клинические проявления этих реакций значительно разнообразнее. К наиболее частым из них относятся эксплозивные реакции с гневными вспышками и агрессивными актами в отношении окружающих. Эти реакции обычно начинаются остро в связи с неудовлетворением какого-нибудь требования или обидой. На высоте такой вспышки ребенок кричит, падает на пол, стучит ногами, царапается, дерется. У маленьких детей реакция протеста проявляется в аффективных респираторных судорогах.

Дети старшего возраста и подростки во время эксплозивной гневной вспышки могут совершать агрессивные акты, разбивают все, что находится в их поле зрения, наносят повреждения тем, кого они считают своим обидчиком.

В некоторых случаях психогенная реакция протеста развивается более медленно. Эмоциональное напряжение нарастает постепенно, долгое время протест против окружающего находится как бы в «латентном состоянии». Разрядка этого напряжения проявляется лишь в отдельных разрушительных действиях против обидчика.

Эти разрушительные действия — частые клинические проявления активной реакции протеста у детей. У детей младшего возраста разрушительные акты чаще всего выражаются в том, что они разрезают вещи своего обидчика на маленькие кусочки или выбрасывают за окно нужные ему вещи.

Примером может служить следующая история болезни.

Мальчик 8 лет. До развода родителей не было каких-либо трудностей в воспитательном отношении. На уход из семьи отца не отмечалось патологической реакции. Когда через 3 года мать вышла замуж вторично, мальчик не проявил к отчиму никакого интереса, хотя последний относился к нему хорошо. Через несколько месяцев после вторичного замужества матери стали замечать, что в доме пропадают некоторые вещи. Вскоре обнаружилось, что мальчик выбрасывает их. Он выбросил ложки, вилки, портсигар, зубную щетку. Однажды разрезал на мелкие куски брюки отчима. Вместе с тем изменилось и поведение мальчика: он стал более грубым, непослушным, раздражительным; у него расстроился сон.

Помещение ребенка в клинику довольно быстро изменило его состояние к лучшему. Он сразу освоился с новой обстановкой, заинтересовался играми и занятиями, подчинялся всем требованиям режима, не обнаруживая никаких трудностей в поведении. Решительный, настойчивый, легко раздражается. Любит играть «первую роль» в коллективе.

Самолюбив, обидчив. Психологическое обследование обнаружило хороший интеллект. Со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений не отмечается. Лабораторные данные крови, мочи и спинномозговой жидкости без отклонений от нормы.

После длительной психотерапии, имевшей целью примирить мальчика с отчимом, он был выписан из клиники в хорошем состоянии.

В данной истории болезни речь идет о крепком, стеничном, но впечатлительном ребенке, привыкшем к вниманию и ласке матери. Патологическая реакция в данном случае имеет в своей основе конфликт — обида на мать, злоба на отчима, лишившего его внимания матери.

Сравнительно быстрый положительный исход патологической реакции объясняется тем, что здесь речь идет о здоровом ребенке с выраженным интересом к окружающему. В новой для него обстановке (санаторий) его легко было переключить на интересующие его занятия и игры. Однако не всегда исход так благоприятен.

Нередки случаи, когда реактивное состояние принимает затяжной характер, агрессивные акты с разрушительными тенденциями повторяются.

Наиболее типичное клиническое проявление активного протеста — своеобразная форма патологического агрессивного поведения ребенка. Ребенок становится непослушным, упрямым, капризным, грубым и дерзким в отношении старших. Враждебно относится к ним, старается делать все назло.

Подобные патологические формы поведения нередко возникают у детей, которые впервые узнают о том, что они приемные, что их родители «чужие». Поведение ребенка, который всегда был спокойным, послушным, хорошо относился к своим родителям и пользовался достаточным вниманием и лаской с их стороны, совершенно меняется. Он становится грубым, раздражительным, озлобленным, негативистичным. Все поведение его можно охарактеризовать как «протестующее». У детей старшего возраста формы патологического поведения как реакция протеста более разнообразны. Одни дети в качестве протеста отказываются посещать школу. Мальчик 14 лет умышленно не учил уроки, чтобы получать двойки, и каждый день с торжествующим видом приходил домой, показывая родным дневник. Другие дети убегают из дому, вначале после ссоры с родными, а в дальнейшем уже без всякого повода, третьи — начинают таскать вещи, продают их за бесценок, берут без спросу деньги, тратят их на кино и сладости.

Мальчик Ю., 12 лет, был взят на воспитание с 3-летнего возраста. По сведениям воспитателей, мальчик до 3 лет плохо ходил и почти не говорил. До 3 лет перенес скарлатину, в возрасте 6 лет — полиомиелит в легкой форме. Первое время, после того как мальчика взяли из детского дома, он был вял, молчалив, жаден к еде, долго жевал пищу, прятал продукты под матрац. В период с 5 до 7 лет отмечался упорный онанизм; до 9 лет — изредка ночной энурез.

Настоящее заболевание началось следующим образом. Мальчик впервые узнал, что он приемный сын, в 9-летнем возрасте. Стал раздражительным, капризным, снизилась работоспособность. Однако не хотел верить этому. Заявил родителям, что они его «настоящие» отец и мать, и постепенно успокоился. Через год после этого готовился с воодушевлением к приезду брата (сына приемных родителей). Но, узнав от своих сверстников, что это не его брат, был огорчен, плакал. Снова ухудшилось состояние, стал агрессивен по отношению к брату, делал все ему назло. Изменилось также поведение дома и в школе; стал более грубым, непослушным, начал брать чужие вещи. После того как был в этом уличен, не пришел домой ночевать. В это же время начал грызть ручки, карандаши, воротнички. Был направлен в школу-санаторий. В санатории поведение было правильное. Отмечалась лишь неусидчивость, двигательное беспокойство, недостаточный интерес к учебе. В беседе с врачом был добродушен, словоохотлив, внушаем, не по возрасту инфантилен. По данным педагога в школе, «внимание неустойчивое, начатую работу часто не доводит до конца. Способности хорошие, быстро решает задачи, хорошо читает и рассказывает прочитанное. На уроках непоседлив, все время вертится, задевает соседей».

После выписки из санатория вел себя лучше, прекратился энурез. Новое ухудшение было связано с неправильным поведением приемного отца в отношении к мальчику. Вновь направлен к психиатру с жалобами, что мальчик агрессивен в отношении своих приемных родителей. Однажды привел на дачный участок своих товарищей, где они потоптали все грядки отца и брата. Бросался камнями, кричал: «я вам все окна перебью». Был направлен в клинику. При поступлении со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Со стороны нервной системы органических изменений не отмечается. Смущается при беседе о домашней ситуации, особенно когда речь идет об отношениях с братом, неохотно говорит об этом, но проявляет отрицательное отношение к брату. При смущении на лице появляется неадекватная улыбка. Интеллект в пределах нормы. Мышление конкретное. Работоспособность нарушена, в поведении неустойчив, шаловлив, груб с персоналом. Однако воспитательным мероприятием поддается. Постепенно становится спокойнее, исчезает повышенная суетливость, налаживается сон, устойчивее и продуктивнее работает в классе. В поведении остается неустойчивым. Хорошо окреп соматически.

В данном случае очень отчетливо выступает улучшение в поведении мальчика при перемене обстановки. В условиях санатория мальчик не представляет больших трудностей в воспитательном отношении. При возвращении домой через более или менее длительный срок вновь начинается его патологическое поведение. Характерной чертой в этом неправильном поведении является агрессивная установка против приемного отца и брата. Появление новых, не свойственных ранее черт характера — повышенная раздражительность, озлобленность против определенных лиц, стремление делать им все назло, разрушительные тенденции — все эти признаки типичны для данного клинического варианта реактивных состояний, для реакции протеста.

Течение этих форм неодинаково в разных случаях. В одних случаях реакция может быть кратковременной и легко обратимой при перемене обстановки, в других — она приобретает затяжной характер. Течение этих форм в значительной степени зависит от поведения приемных родителей. Требуется большой такт, любовное отношение к ребенку и терпение, что-

бы помочь ему изжить состояние конфликта. В большинстве случаев нужно взять ребенка на время из семьи, где для него сложилась трудная жизненная ситуация, и поместить его в лечебно-оздоровительное учреждение с интернатом на больший или меньший срок; кроме того, показана длительная психотерапевтическая работа как с ребенком, так и с родителями.

Такая же реакция протеста наблюдается и в тех случаях, когда причиной затяжного реактивного состояния является семейный разлад (развод родителей, появление отчима или мачехи). Н. И. Озерецкий, Десперт описали влияние разводов родителей на поведение детей. Они справедливо подчеркивают большое патогенное значение такой семейной ситуации для ребенка и подростка. Дети нередко бывают свидетелями ссоры между родителями, а иногда становятся участниками, защищая ту или другую сторону. Более взрослые из них принимают сторону обиженного, слабого и нередко выступают в роли защитников, а иногда и мстителей за попранные права. Ребенок привязан к обоим родителям, он глубоко переживает разрыв между ними, тяжело переносит разлуку с одним из них. Так возникает реактивное состояние, а поскольку ситуация не разрешена, реактивное состояние принимает затяжной характер. Однако клинические проявления и течение этих форм определяются не только ситуацией, степенью ее разрешимости; в значительной мере они зависят от преморбидных особенностей ребенка или подростка. Клиническим примером может служить следующая история болезни.

Девочка 9 лет. Мать убита во время Великой Отечественной войны. По словам родных, она была патологической личностью с повышенной сексуальностью, злоупотребляла алкоголем. Она была оставлена своей матерью в грудном возрасте и воспитывалась отцом.

Раннее развитие девочки без отклонений. Отец был в армии, оставил девочку в возрасте одного года у чужих людей, затем она воспитывалась у бабушки. По словам бабушки, девочка была неусидчивой, грубой, непослушной, в школе не подчинялась режиму. В возрасте 8 лет была взята отцом в его вторую семью. Девочка неохотно рассталась с бабушкой и дедушкой, переживала разлуку с ними, холодно встретила отца. С мачехой внешне подружилась. Поведение девочки было правильным. Но в школе были жалобы на непослушание, повышенную раздражительность, грубость. Вскоре стали замечать, что дома стали пропадать вещи. Как выяснилось в дальнейшем, девочка бросала их в уборную. Однажды мачеха услышала крик ее маленького ребенка. Выяснилось, что девочка будила сонного ребенка, чтобы дать ему сырую воду. В дальнейшем стали следить за поведением девочки. Заметили, что девочка систематически мочится на полу в комнате, подсыпает щелок в пищу ребенка, в детскую присыпку, масло, лекарство. Умышленно оставляла дверь кладовой открытой, чтобы обворовали, бросала ключи в помойку. Все это проделывала ночью. Пищу, оставшуюся на утро, она не ела, а ела только свежеприготовленную пищу. Уличенная во всех поступках, девочка заявила, что все это делает уже давно: «через 2 недели после приезда к папе», что добивается его смерти, чтобы «вернуться к дедушке и бабушке, где хорошо жилось». Девочка была направлена в клинику.

Физическое состояние: несколько диспластична. Внутренние органы в норме. Со стороны нервной системы органических симптомов нет. Реакция

Вассермана в крови отрицательная. Спинномозговая жидкость без патологических изменений.

Психическое состояние: первое время пребывания в отделении девочка была спокойна, рассудительна, наблюдательна. Когда речь касалась ее жизни у отца, становилась хмурой, раздражительной, затыкала уши, убегала из кабинета, бросалась на пол, швыряла предметы, была агрессивна в отношении детей. В дальнейшем был длительный период неустойчивого настроения. Временами становилась более грубой, раздражительной. При малейшем ущемлении ее самолюбия отмечались резкие аффективные взрывы. Настойчива, эгоцентрична, любит командовать, при обиде старалась ущипнуть, ударить, отомстить. С родственниками (дядей) на свидании приветлива, ласкова, эмоциональна. Последние месяцы девочка с интересом работает в саду, на огороде, спокойнее говорит о доме, но неохотно — о своем поведении, категорически отказывается ехать к отцу. «Хочет жить у бабушки, в детском доме, только не у папы». Девочка была помещена в детский дом. Жалоб на ее поведение в детском доме не было. В настоящее время заканчивает школу, к отцу не хочет вернуться.

В данном случае речь идет о девочке с патологическими чертами характера — раздражительностью, грубостью. В развитии этих черт характера большое значение имеют и тяжелые жизненные условия, в которых росла девочка. Ее поведение при возвращении в семью отца и мачехи носило грубо патологический характер с выраженными агрессивными актами против отца, мачехи, их маленького ребенка. После пребывания девочки в больнице прошло 7 лет, но девочка до сих пор не изжила конфликтного переживания, отказывается вернуться в семью отца.

У другой девочки с истероидными чертами характера реакция на появление в семье мачехи проявлялась в выраженных истерических припадках.

Реакция приняла настолько длительный характер, что заставила отца разойтись с мачехой.

Девочка З., 10 лет, жила с отцом, дедушкой и бабушкой, которые ее чрезмерно баловали. Росла капризной, эгоцентричной, требовала к себе особого внимания. После появления в семье мачехи у девочки стали возникать припадки, во время которых она плакала, стучала руками и ногами, рвала на себе и окружающих одежду. В присутствии мачехи эти припадки принимали более бурный характер. Девочка стала раздражительна, плаксива, начала жаловаться на головную боль, требовала, чтобы отец «выгнал» жену, бранила ее.

При поступлении в клинику девочка охотно рассказывает о домашней ситуации, с ненавистью говорит о мачехе, себя старается представить с лучшей стороны. Эгоцентрична, требовательна, от подруг требует полного подчинения, постоянно жалуется на персонал, очень охотно общается с врачами. Речь «взрослая», большой запас слов. Интеллект полноценный, хорошо занимается в классе. В отделении никаких приступов не было. Выписана в семью отца. Мачеха из семьи ушла.

Из всех приведенных примеров можно сделать вывод, что патологическая реакция на появление в семье мачехи или отчима выражается неодинаково у детей различного склада характера. В первом случае у грубой, раздражительной, настойчивой девочки патологические реакции выражаются в агрессивных актах с разрушительной тенденцией, во втором — у эго-

центричной девочки, требующей постоянного внимания к себе, жаждущей признания,— в той же ситуации возникают истерические припадки. Общим в клинической картине реакции являются признаки враждебной агрессивной установки против своего «обидчика».

Роль индивидуального предрасположения в возникновении реакции протеста в зависимости от личности ребенка и подростка отмечают и другие авторы.

Так, Эйе и Дюблино (Dublineau) при изучении клинических проявлений реакций протеста у психопатических личностей приходят к выводу, что параноический характер (с его эгоцентризмом, повышенной эмотивностью, психической ригидностью, отсутствием податливости уговору, недоверчивостью и ошибочностью мышления) создает очень благоприятную почву для развития реакции протеста. Реакция протеста у этих детей обычно направлена не против своей семьи, а против школы. Паранойяльная личность — это, по мнению указанных авторов, «врожденный протестант». Реакции протеста шизоидов носят совершенно другой характер. Оппозиция в этих случаях носит характер мечтательности, стремления к уединению.

Из клинических примеров видно, что причину возникновения психогенных реакций протеста чаще всего можно найти в трудной для ребенка семейной ситуации (приемные родители, ссоры и развод родителей, появление в семье мачехи или отчима, рождение второго ребенка). Гораздо реже реакция протеста возникает в связи с неудачами в школе.

Однако далеко не все авторы одинаково понимают, в чем сущность этой трудной семейной ситуации, в чем основной механизм возникновения реакции протеста. Представители психоаналитической теории Фрейда, которые считают, что основным фактором развития является половой инстинкт, главную причину возникновения реакции видят в изменении любовных взаимоотношений между матерью и ребенком.

О методологической порочности теории Фрейда, рассматривавшего развитие личности человека только под углом зрения развития инстинктов, было сказано в предыдущих лекциях. Не соответствуют этой теории и клинические факты о причинах реакции протеста у детей. Их нельзя объяснить сексуальными отношениями между матерью и ребенком. Представители современного психоаналитического направления не разделяют фрейдовской теории пансексуализма. Они утверждают, что основную причину реакции протеста у детей следует искать в неправильном воспитании ребенка, которое мешает ему удовлетворить свои инстинктивные потребности. Они придают большое значение недостатку любви и внимания к ребенку.

Несомненно правильно, что одна из основных причин реакции протеста — нарушение семейных взаимоотношений. Недостаток любви и ласки матери оказывает пагубное влияние на развитие ребенка. Однако было бы неправильно считать, что отсутствие любви и внимания является единственным фактором, обусловливающим неправильное поведение ребенка. Совершенно необоснованно неофрейдисты придают решающее значение подсознательным механизмам, их патогенному влиянию на сознание, игнорируя содержание сознания ребенка. Ошибочным в приведенных выше исследованиях о причинах возникновения реакции протеста является и то, что ими не учитываются экономические условия, в которых живет и воспитывается ребенок. Фурст справедливо указывает на то, что представители современной психоаналитической школы хотя и говорят о неврозе у детей как о социальном заболевании, все же по существу основное внимание уделяют инстинктам.

Неправильное понимание причин и механизма возникновения психогенных реакций протеста у детей приводит и к неправильным выводам в отношении л е ч е н и я и п р о ф и л а к т и к и этих состояний.

Представители психоаналитического направления предлагают как профилактику реакции протеста дать полную свободу ребенку в выявлении его инстинктивных потребностей. ни в чем не ограничивать его желаний. Родители должны приспособиться к детям.

Против этих методов лечения и профилактики реактивных состояний возражает ряд авторов. Так, Эйе резко выступает против таких принципов воспитания, когда ребенку дается полная свобода действия. Для того чтобы способствовать лучшему расцвету способностей ребенка, его успеху во взрослом состоянии, ему должны быть привиты определенные правила поведения. Нельзя оставлять ребенка в неведении норм социальной жизни, так как это обречет его на возможность печальных сюрпризов в будущем. Чтобы избежать реакции протеста, пишет автор, нужно много терпения и осторожности, авторитет, пропитанный любовью и нежностью.

Высказывания Эйе вполне справедливы. Необходимо тренировать у ребенка его способности сдерживать себя и бороться с узкими эгоистическими и эгоцентрическими установками. Поэтому лучшим мероприятием, предупреждающим реакции протеста у детей, является правильное воспитание ребенка в духе товарищества, привитие ему навыков самоограничения, обязательных для жизни в коллективе.

При лечении реакции протеста большое значение приобретает психотерапия. Для выбора путей психотерапевтического воздействия очень важно предварительно выяснить основную причину реакции протеста. Психотерапия в этих случа-

ях должна проводиться не только с детьми, но и с родителями, которые должны быть осведомлены в отношении причин реакции протеста у ребенка и методов правильного подхода к нему. В тех случаях, когда речь идет о тяжелой семейной ситуации, целесообразно ребенка на время взять из семьи и лечебную работу проводить в условиях психоневрологического стационара. Лечебно-педагогические мероприятия против реакции протеста должны начинаться возможно раньше, иначе она постепенно превращается в устойчивое неправильное поведение и является исходным моментом для формирования патологического характера.

Лекция 11

ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ

(Продолжение)

Изменение характера под влиянием неблагоприятных условий воспитания

В предыдущих лекциях были рассмотрены различные формы острых и подострых психогенных реакций, которые преимущественно наблюдаются у детей. Не менее значительна роль возрастных особенностей и в тех случаях, когда причиной реактивных состояний являются длительно действующие психогенные факторы. Реактивное состояние в этих случаях возникает исподволь, формируется очень постепенно и при определенных условиях принимает длительный, а иногда и относительно стойкий характер. В детской клинике эта разновидность реактивных состояний с длительным течением также имеет свои особенности как в патогенетическом, так и в клиническом отношении.

В возникновении этой разновидности реактивных состояний наибольшее значение в детской клинике приобретает неблагоприятная семейно-бытовая обстановка.

О большой патогенной значимости неблагоприятной семейной ситуации пишет ряд как отечественных, так и зарубежных авторов. Однако не все они одинаково понимают, в чем сущность этого неблагоприятного влияния на ребенка. В предыдущей лекции было указано, что представители психоаналитического направления, как последователи Фрейда, так и неофрейдисты, видели основную причину во взаимоотношениях матери и ребенка в первые годы жизни. Отсутствие любви и ласки со стороны матери, неудовлетворение биологических потребностей, по мнению этих авторов, являются основными причинами патологической реакции у детей (см. лекцию 10).

Советские врачи и педагоги при разрешении данного вопроса исходят из другой точки зрения. Они не придают основного значения развитию инстинктов и считают, что развитие личности ребенка определяется главным образом его деятельностью и воспитанием в условиях определенной социальной среды. Понятие «социальная среда» трактуется ими по-иному,

чем представителями психоаналитической школы. Они учитывают не только взаимоотношения родителей и детей, но и экономические условия, в которых живет семья, и общественное сознание родителей. Неблагоприятное влияние тяжелой семейной ситуации и условий они видят в том, что в такой семье воспитание ребенка либо совершенно отсутствует, либо построено неправильно, ошибочно. В таких условиях формирование характера ребенка идет по неправильному пути, его интересы и склонности не получают должного развития, взаимоотношения с окружающей средой складываются неправильно.

Клинические проявления реакции на длительную тяжелую семейную ситуацию у детей имеют ряд особенностей. В отличие от взрослых здесь относительно реже встречаются сложные невротические образования (истерические, обсессивные, ипохондрические) (см. лекцию 7). Центральное место в клинической картине занимают различные изменения характера.

Клиническое положение этой разновидности психогенных реакций очень неясное. Грани с нормой здесь еще менее резкие, чем при других формах реактивных состояний. В тех случаях, когда изменение характера принимает более резко выраженные формы, они могут быть ошибочно расценены как проявление психопатии.

В отношении этой формы психогенных реактивных состояний нет еще общепринятой номенклатуры. Педагоги называют этих детей трудно воспитуемыми. Предлагают также называть эти формы неправильного формирования характера социопатией. Термин этот неудачен, так как социальный фактор играет большую роль в возникновении различных психических нарушений у человека.

Большинство психиатров применяет в отношении этих длительных реактивных состояний термин «патологическое развитие личности», но и этот термин, хотя и отображает сущность психических нарушений, является чрезмерно широким и неодинаково трактуется разными авторами. Ясперс понимает под этим названием психологически «выводимое», необратимое изменение свойств личности. П. Б. Ганнушкин относит в эту группу психогенные изменения у психопатической личности. В. А. Гиляровский идентифицирует термин «патологическое развитие личности» с психопатией.

Такое смешение понятий — патологическое развитие личности и психопатия — не соответствует клиническим фактам и является вредным для детской практики, так как диагноз «психопатия» у детей должен ставиться с большой осторожностью. Он имеет серьезное значение для дальнейшей судьбы больного.

Недостаточная дифференциация этих форм ведет к необоснованному расширению диагностики психопатий.

Хотя в клинической картине реактивно возникших изменений характера имеются отдельные черты сходства с психопа-

тией, тем не менее сходство здесь только внешнее. В основе психогенно обусловленных изменений характера нет тех болезненных механизмов, которые характеризуют патогенетическую сущность той или другой группы психопатий. Некоторые формы неправильного поведения ребенка, живущего в неблагоприятных условиях, представляют собой лишь особые приспособительные механизмы к тяжелой жизненной ситуации.

Возникновение таких форм поведения Фурст представляет следующим образом: «Пытаясь наилучшим образом совладать со своими трудностями, ребенок почти беспрерывно пробует разные приемы и методы защиты, которые должны уменьшить страдание и дать ему возможность жить и действовать в весьма трудной обстановке. Поскольку это — метод защиты от других людей, в нем можно установить какие-то социальные элементы, обычно в форме агрессивности, обмана, хитростей, попыток избегать людей или задабривать их. В каждом данном случае самый успешный из этих методов становится стабильным элементом поведения».

Однако дети с реактивными изменениями характера отличаются от здоровых детей, так как длительное воздействие неблагоприятных факторов вызывает эмоциональное напряжение и неизбежно истощает нервную систему и нарушает нормальное функционирование всего организма.

Основное различие между реактивно возникшими изменениями характера и психопатией состоит в том, что при психопатии всегда имеется врожденная или рано приобретенная недостаточность нервной системы. При психогенно возникших изменениях характера ребенка нет аномалии развития нервной системы. Отсюда понятно, что отклонения высшей нервной деятельности в этих случаях легче поддаются обратному развитию при изменении условий жизни ребенка.

Клинические варианты психогенно возникших изменений характера очень многообразны и трудно укладываются в определенную схему. Эти трудности группировки вполне понятны, если учесть, что в каждом конкретном случае отклонение в формировании характера зависит не только от разнообразия психогенных, ситуационных факторов, воздействовавших на ребенка, но и от индивидуальных особенностей его личности.

При всем разнообразии индивидуальных особенностей детей и подростков, составляющих эту группу, можно отметить несколько общих характерных моментов: 1) неправильное воспитание ребенка; 2) длительность воздействия неблагоприятной обстановки; 3) наличие известной психологической «понятности».

Изменения характера и поведения ребенка находятся в соответствии с теми условиями, в которых они возникли.

Схематически можно выделить три наиболее часто наблюдаемых типа изменений характера: а) агрессивно-защитный, б) пассивно-защитный, в) «инфантилизированный».

Агрессивно-защитный тип встречается обычно в тех случаях, когда развитие ребенка протекает в недружной семье, быт которой полон конфликтов, размолвок и раздоров. В такой семье, как правило, нет упорядоченного уклада жизни, организованного режима, необходимого для воспитания у ребенка трудовой установки и правильных форм общения с окружающими. Постоянные скандалы, грубость и несдержанность членов семьи травмируют ребенка и создают атмосферу постоянного психического напряжения, истощающего его нервную систему. Если к этому присоединяется материальная необеспеченность семьи (нередко вызванная не столько малым заработком, сколько бесхозяйственностью и особенно пьянством отца) и безнадзорность ребенка, то понятно, что в таких условиях у него развивается возбудимость и неустойчивость в поведении. Постоянное нервное напряжение, необходимость защищаться от обид, наносимых старшими членами семьи, часто срывающими на ребенке свое раздражение, формируют агрессивно-защитную установку. Естественно, что в такой атмосфере стимулируется развитие эгоизма, грубости, жадности и недоброжелательности.

Недоверчивое отношение к окружающим, позиция «одного против всех», постоянная готовность к самозащите фиксируются и сохраняются и за пределами семейных взаимоотношений и в дальнейшем существенно мешают установлению контакта с людьми. Поэтому в школе такой ребенок обычно вступает в конфликт с педагогами и товарищами, плохо осваивает режим и довольно быстро приобретает репутацию «дезорганизатора». Жалобы со стороны педагога на плохое поведение в школе еще больше обостряют конфликтную ситуацию в семье и нередко служат одной из причин ухода из школы, а иногда из семьи.

В некоторых случаях причиной агрессивно-защитного типа поведения бывают психогенные травмы, вызванные семейной ситуацией (развод родителей, появление мачехи или отчима, неправильно относящихся к ребенку).

Мальчик 15 лет. Мать жалуется на резкие изменения в его поведении в течение последних 3 лет. Мальчик стал скрытен, замкнут, груб и резок с матерью и отчимом, пропускал занятия в школе, время проводил вне дома (один раз даже не вернулся ночевать). Недавно открыл запертый ящик письменного стола, взял часы покойного отца и категорически отказался их вернуть. С матерью последнее время не разговаривает, на вопросы, где он бывает и что делает, отвечает молчанием или грубостями.

Из анамнеза, со слов матери, известно, что ребенок родился в срок, развивался нормально. В возрасте 8 лет перенес ветряную оспу, 10 лет — корь; болезни протекали легко, без осложнений. Рос здоровым жизнерадостным ребенком, в меру подвижным, очень приветливым и общительным. С 5 до 7 лет посещал детский сад, где педагоги отмечали его хорошие спо-

собиости, инициативность в играх, доброту и уживчивость со сверстниками. В семье также был ласков, несколько шаловлив, но послушен и не строптив. В школу поступил в возрасте 8 лет, учился хорошо, вел себя правильно, имел много товарищей.

С 6 до 10 лет жил с матерью и бабушкой в эвакуации в довольно трудных условиях. Дома охотно помогал старшим по хозяйству, был к ним очень внимателен, тосковал по отцу, волновался, когда от него долго не было писем с фронта. В возрасте 10 лет вернулся в Москву, продолжал учиться в школе. Вскоре пришло известие о гибели отца. Мальчик тяжело переживал утрату, осунулся, плохо спал, по ночам потихоньку плакал. К матери стал особенно внимателен, старался ее утешить, говорил, что бывают ошибочные извещения, может быть, отец жив и еще вернется к ним. Учился хорошо, старательно, педагоги отмечали, что он стал «не по летам серьезным».

Через два года, когда ему было 12 лет, мать вторично вышла замуж. Отчима встретил недружелюбно, держался корректно, но уходил из комнаты при его появлении, почти не разговаривал с ним. Просьба матери называть отчима отцом вызвала бурную аффективную реакцию: он дрожал всем телом, старался сдержать слезы, кричал: «Нет моего отца и никогда не будет! Я ему не изменю! Это ты такая!..». После этого с матерью стал груб, часто упрекал ее в измене памяти отца. Учиться в школе стал плохо, взаимоотношения с педагогами и товарищами испортились. Мальчик пропускал школьные занятия, до позднего вечера не приходил домой, никому не говорил, где и с кем бывал.

Отношения в семье становились все более напряженными и дошли до открытой вражды, когда отчим начал пользоваться вещами покойного отца (носил его костюмы, завладел письменным столом, книгами и т. п.). Мальчик в очень грубой форме потребовал, чтобы ему отдали все вещи отца, отделили часть комнаты.

В последнее время он совершенно перестал разговаривать с матерью, рано утром уходил из дому, возвращался поздно вечером, на кухне съедал оставленную ему пищу и ложился спать. В то же время начал серьезно и напряженно учиться; успеваемость в школе повысилась, но педагоги заметили, что мальчик стал угрюмым, молчаливым, чуждался товарищей, попытки классного руководителя поговорить с ним встречал враждебно («мне с вами не о чем говорить»). Однажды взломал ящик письменного стола и взял часы отца. На упреки матери отвечал, что часы принадлежат ему и он их никому не отдаст.

Физическое развитие мальчика соответствует возрасту; со стороны нервной системы и внутренних органов отклонений нет. Отмечается бледность лица, синева под глазами. Часто беспокойный сон — бормочет, вертится в постели.

Психическое состояние: от беседы с врачом отказывается, заявляет, что он совершенно здоров, «а остальное вас не касается: я ничего говорить не буду». На вопросы не отвечает. Когда речь зашла о его матери и жизни в семье, мальчик покраснел, злобно посмотрел на врача, стиснул зубы, но ничего не ответил. В стационаре ведет себя правильно, режима не нарушает, работает в мастерской, но ни с кем не разговаривает, со сверстниками не сближается, к взрослым относится враждебно, неизменно отвечая на все вопросы: «Это мое дело, вас не касается». В течение первых 2 недель все свободное время сидел на койке, опустив голову, не обращая внимания на окружающих. Позже начал много читать, предпочитал книги о войне и научно-популярную литературу. От свиданий с матерью категорически отказался, передачу от нее не принимал. Уговоры персонала вызывали раздражение, гневные взгляды и неизменный ответ: «Не хочу, не буду». В течение всего времени пребывания в стационаре оставался недоступным, угрюмым, настороженным, недоброжелательным.

После выписки из стационара мальчик без ведома матери оставил школу, поступил в ремесленное училище и поселился в общежитии. От встреч с матерью отказывался.

Поведение мальчика в течение последних 3 лет резко изменилось: из жизнерадостного, общительного, ласкового, доверчивого ребенка он превратился в угрюмого, скрытного, озлобленного, враждебно относящегося ко всем окружающим. Однако это превращение было вызвано не психической травмой (смертью отца), так как непосредственно после нее мальчик был особенно сердечен и чуток к матери. Основной причиной явилась «измена» матери памяти отца и появление отчима. Оскорбленный в своих самых глубоких чувствах — любви и уважения к памяти отца, мальчик почувствовал себя не только одиноким, но и униженным необходимостью подчиняться тем, кто его оскорбил. В такой ситуации психологически понятно развитие агрессивно-защитного поведения, озлобленности и враждебности.

Возможно, что известную роль во всем этом играла и особая чувствительность к вопросам личной жизни, и психическая неуравновешенность, свойственные подросткам в пубертатном возрасте.

Однако, несмотря на трудную ситуацию, после срыва в поведении, имевшего характер бурного протеста, он все же нашел рациональный выход: напряженное учение в школе, переход в ремесленное училище, избавляющий его от необходимости жить с матерью и отчимом. Такой путь разрешения сложного вопроса свидетельствует о большой стеничности подростка и правильной оценке реальных возможностей. Все это дает основание отвергнуть первоначально возникавшие предположения о психопатии или сдвиге, обусловленном переходным возрастом, и подтвердить диагноз, установленный в стационаре. Из катамнеза, полученного через год, известно, что мальчик успешно учится, ведет себя правильно, но остается замкнутым, малообщительным, невеселым, молчаливым (разговаривает только «по делу»). С матерью не встречается.

Чем дольше живет ребенок в травмирующей обстановке, тем устойчивее и ярче становятся элементы агрессивно-защитного поведения.

Опорными пунктами для дифференциальной диагностики с органической психопатией в таких случаях могут быть следующие данные: 1) отсутствие в анамнезе указаний на перенесенные ребенком в прошлом органические поражения мозга; 2) отсутствие патологических симптомов со стороны нервной системы; 3) относительно быстро наступающее снижение возбудимости и взрывчатости при помещении ребенка в стационар при правильных лечебно-педагогических мероприятиях; 4) сравнительно легко достигаемое восстановление работоспособности, недостаточность которой в таких случаях связана не с церебральной истощаемостью (как у органических психопатов), а с отсутствием навыков к систематической работе; 5) психическая активность, живость интере-

сов, сохранность памяти, нормальный темп психических процессов. Однако все эти особенности выявляются только тогда, когда ребенок удален из травмирующей обстановки и живет в благоприятных условиях, стимулирующих его развитие.

При такой же конфликтной ситуации у детей астеничных, соматически ослабленных, с пониженным биологическим тонусом отмечается совершенно другой, иногда противоположный тип неправильного формирования характера. В этих случаях имеет место та форма приспособления к условиям существования, которую можно назвать *пассивно-защитным типом поведения*. Иногда такое поведение развивается у ребенка, живущего в недружной, конфликтной семье, где вместо заботы и внимания он встречает лишь упреки и наказания. При этом малая стеничность не позволяет ему активно отстаивать интересы, и поэтому ребенку приходится пассивно приспосабливаться к реальной ситуации. В других случаях такое же поведение формируется в условиях семьи, внешне благополучной, но с суровым, деспотическим укладом, при котором наказания (нередко и физические) являются основным методом воспитания. В таких условиях вырастают «забитые дети» — робкие, трусливые, пугливые, слезливые, внушаемые. Атмосфера страха, боязни наказаний, в которой они живут, создает настороженность, недоверчивое отношение к окружающим, неуверенность в собственных силах. В школе они иногда производят впечатление несообразительных, даже умственно отсталых, тогда как в действительности их плохие ответы обусловлены робостью, боязнью неудачи и последующего наказания со стороны родителей. Они чуждаются общества детей, боясь насмешек, избегают участия в общих играх в связи с неловкостью и трусостью.

Близкую к этому типу клиническую картину Н. И. Озерецкий описывает под названием «псевдоневрастении», рассматривая ее как психогеную реакцию, возникшую в ответ на непосильные требования, предъявляемые к ребенку. Однако длительно травмирующие ребенка условия не только создают преходящую реакцию, но формируют и более или менее устойчивые особенности характера.

В иных случаях в поведении «забитого» ребенка доминирует «реакция покорности», пассивное подчинение всем требованиям и приказаниям, безволие и слабость. Такой вариант бывает нелегко отграничить от астенического состояния ребенка с врожденной нервностью. Дифференциально-диагностическими признаками могут служить: 1) отсутствие со стороны вегетативной нервной системы расстройств, характерных для данной болезненной формы; 2) отсутствие повышенной истощаемости нервной системы (последнее обнаруживается обычно, когда удается удалить детей из

травмирующей обстановки); 3) сравнительно быстрое повышение работоспособности и общего тонуса после помещения ребенка в хорошие условия.

Более сложные изменения поведения и характера развиваются у тех детей, у которых длительное пребывание в тяжелых условиях постепенно вырабатывает приспособление «обходным путем» — стремление «умилостивить», разжалобить или обмануть людей, от которых они зависят. Так формируется угодливость, лицемерие, лживость, изворотливость и т. п., создается показное трудолюбие, тогда как в действительности развивается лень и тунеядство, утверждается низкопоклонство перед сильными, жестокость и грубость в отношении слабых.

Чувствуя себя одиноким и беззащитным, ребенок привыкает недоверчиво, подозрительно, а иногда враждебно относиться ко всем, он становится жадным, себялюбивым. Но все эти качества скрываются под маской приветливости и услужливости.

«Инфантилизированный» тип. Причиной неправильного формирования характера ребенка может быть и чрезмерное внимание к нему, которое наблюдается при изнеживающем воспитании «единственного» или «самого маленького» ребенка в семье. В подобных случаях искусственно создаются черты инфантильности, и у ребенка формируется инфантильный тип поведения. Чрезмерная забота и стремление избавить ребенка от малейшего затруднения приводят к задержке развития его активной деятельности: он не овладевает соответствующими его возрасту навыками: не умеет одеваться, умываться, опрятно есть и т. п. Непривычка к преодолению препятствий создает крайнюю нетерпеливость, несдержанность, любое незначительное затруднение вызывает аффективную реакцию, крик и слезы. Постоянная опека и оберегание вызывают трусливость, неловкость, неумелость; потакание всем прихотям стимулирует капризность, требовательность, своенравие, эгоизм.

При изнеживающем воспитании заласканный ребенок постепенно перестает ценить любовное отношение окружающих, становится самовлюбленным, тщеславным; частые похвалы, преувеличенная оценка его способностей воспитывают эгоцентризм, жажду признания. Чрезмерная забота, постоянные разговоры в присутствии ребенка о его здоровье делают его мнительным.

Таким образом, и в этих, внешне вполне благополучных, условиях воспитания формирование характера идет неправильно, не воспитывается трудовая направленность, требующая выдержки и организованности, не прививаются навыки самоограничения, обязательные для жизни и деятельности в коллективе. При поступлении в школу такие дети оказываются

маловыносливыми: они не приучены к доступной для их возраста сосредоточенности и устают раньше других, на уроках они невнимательны, занятия им кажутся «скучными», так как они привыкли только к играм и развлечениям. Двигательные навыки, необходимые для письма, им даются труднее, чем другим, так как они не получили необходимой тренировки в тех точных и мелких движениях, которые развиваются у детей в процессе повседневного самообслуживания — при застегивании и расстегивании пуговиц, зашнуровывании ботинок, обращении со столовыми приборами и т. п. Легко сближаясь со сверстниками, они часто с ними ссорятся, так как привыкли к постоянному выполнению всех своих желаний и не умеют их ограничивать и уступать другим.

Мальчик $8^1/_2$ лет. Единственный ребенок; физически развит нормальио. Воспитание с раннего возраста было иеправильным: его умывали и одевали до 5 лет (и теперь он не одевается самостоятельно), кормили с ложечки, уговаривали, обещая за съедеииую порцию подарки и развлечения. Все его прихоти безотказио выполнялись; родные восхищались его умом и способностями.

Несмотря на то, что ребенок рос физически здоровым, каждый раз незначительный иасморк или кашель вызывал всеобщую тревогу: ребенка надолго укладывали в постель, вызывали врачей, мать ночи иапролет проводила около его постели.

Мальчик рос капризным, своеиравным, иепослушным. К матери был очеиь привязан, ие отпускал ее от себя, требовал, чтобы она его всюду брала с собой. В возрасте 5 лет он был помещен в детский сад, но пробыл там только 2 недели, так как часами кричал и плакал, требовал, чтобы его отвели к матери. В детском коллективе был трудеи из-за отсутствия соответствующих его возрасту навыков (не умел самостоятельно одеться, ел медлеино и неопрятно и т. п.), а также в связи с капризиостью и неуступчивостью — требовал, чтобы ребята выполняли все его желания, ии с кем не считался.

Читать научился легко еще до поступления в школу. $7^1/_2$ лет начал посещать школу. Первое время учился охотно, но вскоре заявил, что больше не хочет ходить в школу и под всякими предлогами оставался дома. Учительиица говорила матери, что у мальчика хорошие способиости, ио он нетерпелив, иеустойчив, малейшее затруднение его раздражает, и он отказывается от работы: легко запомииая начертания букв, он не хочет упражияться в их написании; заполияет тетрадь рисуиками, говоря, что «это веселее», в счете делает ошибки из-за невнимательности; объяснеиий педагога ие слушает, отвлекается болтовией или просто залезает под парту, заявляя, что он устал. Отношения с товарищами также не иалаживались, оии смеялись над его неловкостью, трусливостью и хвастовством. Эти насмешки травмировали самолюбивого и обидчивого мальчика, ио постоять за себя он не мог, плакал и жаловался учительиице. В конце учебиого года ребеиок категорически отказался ходить в школу. Заявил, что все там над ним издеваются, учительница его не защищает и он больше не может «так страдать».

Был направлен в санаторий.

Физическое развитие соответствует возрасту. Со стороны внутреиних органов и нервиой системы отклонений иет.

Психическое состояние: легко вступает в контакт, общителен, доверчив. В стационаре остался очень неохотно, долго плакал, повторяя: «хочу домой, мне дома лучше». Все же к концу дня успокоился, играл с ребятами. На другой же деиь начались осложиения: не умел умыться, одеться, убрать свою постель — из-за этого опоздал к завтраку; за столом вертел-

ся, ел медленно, неопрятно, от некоторых блюд отказывался, вставал из-за стола без разрешения, не дожидаясь других. На занятиях сначала работал хорошо, но к концу урока стал невнимателен, сидел неспокойно, разговаривал с соседом. После обеда отказался лечь в постель, не хотел раздеваться; после отдыха не хотел убрать свою постель: «Я не умею, дома никогда этого не делал». Во время занятий в клубной комнате брался то за одну, то за другую игру, не доводя ни одну из них до конца, все быстро надоедало. К вечеру загрустил, просил, чтобы его отвели домой, плакал.

Постепенно привык к новым условиям, подружился с детьми. После специальных индивидуальных занятий овладел навыками самообслуживания и был очень доволен, когда после проверки его включили в дежурство по столовой. Работоспособность повысилась, занятия в школе наладились. Стал более ловким в движениях, менее трусливым, полюбил занятия гимнастикой, коньки и лыжи.

Иногда такое неправильное изнеживающее воспитание ведет не только к задержке развития самостоятельности и активности ребенка, но стимулирует стремление постоянно быть в центре внимания, вызывать восхищение окружающих, всюду играть первую роль. Так развивается склонность к позированию и жеманству. Все эти особенности делают таких детей очень сходными с психопатическими личностями истероидного типа.

Однако при более тщательном наблюдении удается установить, что эмоциональная жизнь этих детей более богата, привязанности к близким более глубоки, интересы более устойчивы. Недоразвитие высших форм волевой деятельности у этих детей никогда не достигает той степени выраженности, как у психопатических личностей.

Эти дети не обнаруживают наклонности к реакциям истерического типа, у них нет такой резкой внушаемости и самовнушаемости. Развитие гипноидных фазовых состояний, столь характерное для психопатических личностей, не свойственно этим детям.

Некоторые признаки, отличающие их от истероидных личностей, можно найти в общем облике этих детей: а) отсутствуют признаки физического инфантилизма; б) нет и той детской грацильности движений, чрезмерной, преувеличенной выразительности движений, как при психопатии. В то же время у «инфантилизированных» детей более выражена недостаточность двигательных навыков и умений. Характерным для «инфантилизированного» ребенка является относительно быстрое повышение работоспособности при помещении его в надлежащие условия. У детей старшего школьного возраста отмечается резкая разница между поведением ребенка в домашних условиях и в школе. Дома ребенок капризен, требователен, в школе не обнаруживает неправильностей в поведении. В диагностически более трудных случаях большое значение имеет и дальнейшее наблюдение. При изменениях характера, вызванных неблагоприятными условиями вос-

питания, дефекты поведения ребенка легче поддаются обратному развитию при перемене обстановки. Это и понятно: нервная система ребенка в таких случаях более полноценна, чем при психопатии, и обладает более высокой пластичностью. Именно поэтому перспективы коррекции подобных характерологических изменений являются благоприятными, а каковы могут быть реальные достижения в этой области, чрезвычайно убедительно показал А. С. Макаренко, давший в своих произведениях живые образы таких детей и подростков и их эволюцию в условиях организованного трудового коллектива.

Лекция 12

ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ

(Продолжение)

Патологические реакции в переходные возрастные периоды

Физиологическая перестройка организма в так называемые переходные возрастные периоды и прежде всего — высших отделов нервной системы и внутрисекреторного аппарата, меняет реактивность организма и повышает чувствительность к различным раздражителям внешней и внутренней среды.

Повышенная ранимость отмечается в этом периоде и в отношении психогенных факторов. Поэтому в такие переходные возрастные периоды учащаются и реактивные состояния у детей и подростков.

Важно лишь отметить, что отнюдь не у всех детей переходные возрастные периоды протекают бурно. Резкие нарушения физиологического процесса развития отмечаются главным образом у детей и подростков, обнаруживающих те или другие признаки эндокринной или церебральной неполноценности, а также у психопатических личностей. Поэтому термин «критический», который часто применяют в отношении этих периодов, неудачен и не соответствует клиническим фактам (см. «Клинические лекции», т. 1).

Биологические сдвиги переходного возрастного периода неправильно трактовать как «фатальные» еще и потому, что нельзя рассматривать личность в отрыве от окружающей ее социальной среды, игнорируя условия воспитания, деятельность и общественные взаимоотношения. Необходимо принять во внимание, что каждый новый возрастной этап развития является новым этапом и в социальной жизни ребенка. У детей и подростков, получивших правильное воспитание, имеющих трудовые установки и навыки коллективной жизни, относительно редко отмечаются патологические реакции в переходные возрастные периоды.

В тех случаях, когда переходный период протекает более бурно, реактивное состояние принимает более тяжелый, а иногда и более длительный характер. Возникают разновидности реактивных состояний, которые можно считать особенно типичными для той или другой переходной фазы развития.

При этом они отличаются от других форм психогенных реакций не только своими клиническими проявлениями, но и своеобразием причинно-следственных отношений. Патогенное значение здесь нередко приобретают такие психогенные факторы, которые обычно не вызывают патологических реакций.

При незначительном по своей интенсивности психогенном факторе в происхождении реактивного состояния большую роль играет соматогенный момент — нейро-эндокринная перестройка, характерная для данной возрастной фазы развития. Возникающие в связи с этой перестройкой нарушения высшей нервной деятельности являются тем специфическим условием, при отсутствии которого реактивное состояние не возникло бы.

Особенности причинно-следственных соотношений, возникающих при реактивных состояниях в переходные возрастные периоды, находят свое отражение и в клинической картине этих форм. В симптоматике тех или других реактивных состояний переходного возрастного периода нередко встречается ряд синдромов, которые больше характерны для той или другой возрастной фазы развития, чем для определенной этиологии.

Тем самым значительно затрудняется распознавание реактивных состояний, возникающих в переходные возрастные периоды. Затяжной характер течения этих форм еще более усложняет диагностику. Отсюда понятно, почему вопрос о нозологической природе этих форм реактивных состояний часто является предметом дискуссии. Некоторые из зарубежных авторов [Вальтер, Декур (Walter, Decourt) и др.] склонны рассматривать затяжные реактивные состояния пубертатного периода с длительным отказом от еды как своеобразное церебрально-эндокринное заболевание, в патогенезе которого большую роль играет нарушение функций гипофиза (гипофизарно-диэнцефальной системы). Ряд авторов [Штокерт, Рутшельс, Кюль (Stockert, Rutschels, Kühl)] считают, что изменение психики, наблюдаемое у детей в возрасте 3—4 лет (повышенная капризность, упрямство), представляет собой стертую форму вегетативного невроза, описанного под названием болезни Фейера.

В дискуссии об этиологии затяжных форм реактивных состояний пубертатного периода повторяются те же спорные вопросы, которые неоднократно ставились по поводу некоторых инволюционных психозов. Центральное место в споре занимает вопрос о преимущественном значении психогенных или соматогенных факторов в их происхождении. Разрешение этого вопроса невозможно, если исходить из позиций упрощенного монокаузализма. В происхождении каждого конкретного случая следует различать: а) производящую причину (психогенный фактор), б) специфическое условие, при отсутствии которого данная причина может потерять свое патогенное зна-

чение (индивидуальные особенности организма в периоды тяжело протекающего переходного возрастного периода). Такое решение вопроса было уже однажды удачно использовано С. Г. Жислиным для объяснения некоторых затяжных патологических реакций инволюционного периода.

Клиническая картина реактивного состояния, возникшего в переходном периоде, может быть разнообразной, но в ней всегда можно отметить определенные признаки, типичные для данной возрастной фазы развития.

Период от 3 до 4 лет некоторые авторы называют первым пубертатным периодом. В этот период происходит перестройка функции внутрисекреторного аппарата, усиливается влияние гипофиза. Рутшельс и Кюль отмечают в этом периоде явления созревания надпочечника (развитие мозгового вещества). В этот период меняется соматическая характеристика ребенка, увеличивается рост в длину, несколько уменьшается округлость линий. Совершенствуется двигательная сфера, движения становятся более координированными, ребенок — более активным и самостоятельным. Изменяется и деятельность ребенка. Совершенно справедливо С. Л. Рубинштейн указывает, что в процессе игровой деятельности, являющейся основной для данного возраста, ребенок научается действовать по определенному плану и подчинять свое поведение правилам игры. В это время растет и самосознание ребенка. Некоторые дети впервые начинают говорить о себе в первом лице. Вместе с ростом самосознания и самостоятельности у ребенка появляется повышенная чувствительность к обиде. Если родители не учитывают перемену в психике ребенка, то легко могут возникнуть конфликты, ребенок становится капризным, требовательным, упрямым. Поэтому данный период немецкие авторы называют «периодом упрямства».

Начало этого периода в большинстве случаев относится к 3-летнему возрасту. У некоторых детей эта возрастная фаза начинается до 3 лет, у других она запаздывает.

Бениамин (Benjamin) справедливо утверждает, что патологические изменения психики у детей в возрасте 3 лет никогда не начинаются внезапно и редко отмечаются у совершенно здорового ребенка. На основании своих наблюдений он указывает, что в $^{2}/_{3}$ случаев уже в грудном возрасте у этих детей можно было отметить особенности в виде беспокойства, крикливости, частой рвоты, экземы, наклонности к запорам или поносам, пилороспазма, астматических приступов. Все это свидетельствует о том, что выраженные проявления первого пубертатного периода отмечаются главным образом у детей с врожденной или рано приобретенной нервностью.

Особенности психики у детей в первом пубертатном периоде описаны в ряде исследований врачей и психологов. В них указывается, что с началом этой возрастной фазы иногда меняется все поведение ребенка. Он

отгораживается от окружающего, становится замкнутым, непослушным, ревнивым. Отмечается повышенная раздражительность, капризность, требовательность, плаксивость. Часто наблюдаются нарушения сна, расстройство аппетита, доходящее до резкой анорексии, и привычная рвота после приема пищи.

Кро (Cro) считает, что основная сущность изменений психики ребенка этого периода — в перестройке социальных связей. Меняются взаимоотношения между «я» и окружающими, появляется состояние «дезориентированности» в отношении прежних авторитетов. Корни этих изменений — в возрастающей тенденции к самостоятельности и нежелании подчиняться воле старших. Ребенок как бы открывает свое собственное «я» и строит новые взаимоотношения с окружающим миром.

Винклер (Winkler) видит основную особенность проявлений первого пубертатного периода в усилении влечений, повышении аффективности. У некоторых детей в это время появляется состояние возбуждения с эротической окраской, с особой формой детской сексуальности.

Таким образом, многими авторами подчеркивается, что в этом возрасте появляется большая противоречивость различных тенденций психики ребенка, смесь упрямства и внушаемости, стеснительности и агрессии. Меняются взаимоотношения с окружающими, с родителями и педагогами. Дети становятся ревнивыми, ни с кем не хотят делить любовь матери или воспитательницы. Они ненавидят всякого, кто отнимает у них внимание матери.

Однако эти отклонения в поведении наблюдаются отнюдь не у всех детей и обычно постепенно выравниваются. При неблагоприятных условиях возникают длительные патологические реакции.

К преимущественным проявлениям *патологических реакций первого пубертатного периода* относится немотивированное упрямство, сопровождающееся иногда вспышками гнева с резким двигательным возбуждением. Из других клинических проявлений психогенных реакций в этом периоде наблюдаются: а) анорексия — расстройство аппетита с резко замедленным жеванием, с привычной рвотой; б) страхи (дневные и ночные) с большой наклонностью к их генерализации; в) расстройства речи — заикание, мутизм, гиперкинезы (тики, насильственный кашель); г) расстройства ранее приобретенных навыков опрятности (энурез, недержание кала); д) патологические привычки (онанизм, сосание пальца, грызение ногтей).

К числу наиболее частых п р и ч и н психогенных реакций в этом периоде относятся: разлука с семьей при поступлении в детский сад.

В тех случаях, когда речь идет о детях с врожденными или рано приобретенными признаками нервности или о неправильно воспитанном ребенке, не привыкшем к самостоятельности, различные патологические реакции часто возникают при поступлении в детский сад. Одни дети становятся вялыми, подавленными, малоподвижными, перестают говорить, отказываются от еды, теряют навыки опрятности. Другие, наоборот,

делаются чрезвычайно подвижными, раздражительными, злобными. Ребенок, привыкший дома к чрезмерному вниманию и заботам, при поступлении в детский сад попадает в трудную для него ситуацию. Здесь он оказывается хуже других, так как не овладел необходимыми для этого возраста навыками самообслуживания. В связи с этим иногда у ребенка возникает состояние аффективного напряжения, что проявляется в упрямстве, непослушании, иногда в сильном двигательном возбуждении (у ребенка этого возраста любой раздражитель может вызвать двигательную реакцию). Ребенок становится озлобленным, раздражительным, драчливым, не подчиняется режиму детского сада. Воспитатели детского сада, не знакомые с особенностями переходного периода, совершают ряд педагогических ошибок, требуя от ребенка больше, чем он может дать. Не понимая причины неправильного поведения ребенка, родители и воспитатели иногда применяют к нему несоответствующие меры воздействия. Этим еще больше усугубляется его состояние и тормозится выравнивание патологической реакции.

Другой причиной возникновения патологической реакции часто служит рождение второго ребенка в семье. Ребенок, до этого избалованный вниманием матери, чрезмерно привязанный к ней, не терпит, чтобы это внимание уделялось еще кому-нибудь другому. Ребенок реагирует на это либо повышенной раздражительностью и двигательным беспокойством, непослушанием, либо расстройством сна и аппетита. Одной из частых реакций является агрессия в отношении к вновь родившемуся члену семьи. Т. П. Симсон описывает ряд патологических реакций у детей раннего возраста при рождении второго ребенка в семье.

Мальчик 4 лет, поступил в клинику в связи с жалобами матери на то, что у ребенка повышенная нервная возбудимость и необыкновенно сильно выраженная «злобность» в отношении к братишке $1^1/_2$ лет. До года развитие мальчика шло нормально, интеллектуально развивался хорошо. Рос совершенно спокойным ребенком; после года стал более возбудимым, настойчивым, в гневе бросал вещи, но особенно трудным в воспитательном отношении он стал с момента рождения брата. Раздражается, если мать при нем берет малыша на руки. Он говорит: «Надо закопать его, он не нужен!». Когда мальчика убеждали не шуметь, чтобы не нарушить сон братишки, он нарочно кричал: «Пусть он не спит, его все равно не надо брать на руки, лучше возьмите меня». Мать не могла ни на минуту оставить мальчика с братишкой, так как он бил его, толкал, раз даже подвел к горячей печке. Собираясь ехать в деревню к бабушке, мальчик предавался фантазиям: во время переезда он утопит братишку в реке, соберет мальчиков в деревне, они побьют маленького и зароют его в яму.

Мальчик $6^1/_2$ лет. Мать жаловалась, что у мальчика наблюдаются приступы сильного гнева по незначительному поводу: кусается, плюется, приходит в состояние исступления. Беременность матери протекала тяжело, раннее развитие ребенка шло нормально, рос спокойным, никаких трудностей в воспитательном отношении не было. Когда ему было $1^1/_2$ года, родился брат. Увидев его впервые на руках у матери, мальчик набросился на него и ударил лопаткой. Сердился всякий раз, когда мать брала малыша на руки, кричал: «Выброси его!». В течение 3 лет проявлял к младшему

брату ненависть, не отходил от матери ни на шаг, стал плохо спать, сделался злобным, капризным, бросался на пол, бил ногами, кричал. После смерти брата вновь был единственным ребенком вплоть до $5^1/_2$ лет. Снова стал послушным, спокойным. Но когда родился второй брат, снова стал злобным, агрессивным. При малейшем внимании, оказываемом матерью младшему брату, бил мать и ребенка, говорил: «Хоть бы его не было! И кому он только нужен?». Стал плохо засыпать, ночью звал мать, стал очень упрямым. Только лаской и мягкостью его можно было подчинить себе.

В тех случаях, когда родители и воспитатели не понимают причины изменившегося поведения ребенка и своевременно не предпринимают необходимых мер, патологические реакции принимают затяжной характер. Ребенок становится все более трудным в воспитательном отношении. Его непослушание, упрямство, грубость и агрессия в отношении младшего брата неправильно расцениваются врачами как психопатия. При своевременном распознавании и правильном лечебно-педагогическом воздействии такие патологические реакции легко ликвидируются.

Поэтому так важно проводить систематическую просветительную работу с родителями и педагогами. Из лечебных мероприятий наиболее важным являются: переключение интересов ребенка путем занятий с ним каким-либо интересующим его предметом, привлечение его к уходу за младшими братьями и сестрами иногда временная перемена обстановки. В затяжных случаях требуется помещение в специальные санатории для нервных детей.

Патологические реакции у детей, возникающие во втором переходном периоде (7—8 лет), также нередко наблюдаются в связи с ошибками воспитания в семье или недостаточным знакомством педагогов школы с особенностями психики детей этого возраста. В 7-летнем возрасте усиленно идет функциональное совершенствование второй сигнальной системы и резко меняется характер деятельности ребенка. Если в дошкольном периоде доминирует игровая деятельность и ведущую роль играет фантазия и воображение, то в школьном периоде основным видом деятельности становится систематическое учение. Появляются новые мотивы поступков, новые отношения с людьми. Более выражено начало альтруистических проявлений, ребенок больше обращает внимания на переживания окружающих. В своих действиях ребенок школьного возраста руководствуется не только мимолетными желаниями, но и сознанием необходимости; он может уже сосредоточиться даже на малозанимательной работе, свое поведение он может подчинить требованиям дисциплины. Если у ребенка дошкольного периода интеллектуальная деятельность протекает главным образом только в сфере конкретного, то в школьном возрасте появляется уже способность к отвлечению от конкретного. Познавательная деятельность его значительно шире и более разнообразна, умственный кругозор шире.

Ребенок, не подготовленный к школе всем предшествующим воспитанием и обучением, с трудом приспособляется к новой для него ситуации. Если ребенок много болел или жил в условиях изнеживающего, тепличного воспитания, его развитие задерживается, деятельность остается еще игровой, поведение, интересы и желания соответствуют ребенку дошкольного периода. Он не умеет сдерживать себя, подчиняться дисциплине, действовать, согласно требованиям педагога, следить за его объяснениями. Он действует сообразно минутным желаниям. Такие дети при поступлении в школу нарушают дисциплину, мешают общим занятиям и сразу попадают в число дезорганизаторов. Педагог, не понимая причин их плохого поведения, принимает ряд репрессий, что еще больше утяжеляет состояние ребенка.

Патологические реакции у ребенка в этом возрасте чаще всего проявляются либо в различных невротических симптомах (расстройство сна, снижение аппетита, привычная рвота, заикание, навязчивый страх при устной речи), либо в патологическом поведении — чрезмерной подвижности, непоседливости, драчливости. Они ходят по классу, выкрикивают бранные слова, пристают к детям.

Такие не по возрасту «инфантильные» дети требуют специальной подготовки в так называемых нулевых группах. При правильном лечении обычно в течение первого или второго года обучения эти дети могут догнать своих сверстников и продолжать обучение в массовой школе. В неблагоприятной обстановке у этих детей могут возникнуть реактивные состояния, проявляющиеся чаще всего в моносимптоматических формах невроза.

Некоторые авторы (Штокерт, Траммер) считают наиболее характерными признаками данного периода импульсивность поступков и повышение грубых влечений. Эти возрастные особенности проявляются в клинической картине реактивных состояний в форме психопатоподобных состояний (с повышенной фантастикой, двигательной расторможенностью и агрессивными действиями). Такие реакции чаще наблюдаются у мальчиков.

В *пубертатном периоде* происходит еще более глубокая биологическая перестройка в организме, чем в другие переходные периоды. Рост становится очень быстрым, усиливается секреция половых желез и гипофиза, перестраиваются функциональные взаимосвязи нервной и эндокринной систем. Бурное развитие функций гипофиза часто сопровождается нарушением гармонии деятельности различных эндокринных желез. С эволюцией функции гипофиза тесно связана деятельность половых желез, щитовидной железы и надпочечников. Эта временная дисгармония функций внутрисекреторного аппарата обусловливает ряд клинических проявлений, характерных для

данного периода. У некоторых подростков отмечаются акромегалоидные особенности (увеличение кистей и стоп, несоразмерно длинные конечности, огрубение черт лица). А. В. Ходжаш указывает, что юношеская дистрофия роста может сопровождаться повышенной утомляемостью и неприятными ощущениями в области сердца, относительно низким кровяным давлением, приглушением сердечных тонов. При дисфункции задней доли гипофиза наблюдаются нерезко выраженные явления несахарного диабета — повышенная жажда и повышенный диурез,— расстройство влечения к пище, иногда «волчий голод». У некоторых подростков отмечаются отдельные признаки адипозогенитального синдрома — задержка роста, отложение жира на груди и бедрах.

У девочек относительно часто наблюдается возрастное увеличение щитовидной железы, по времени совпадающее с началом менструального цикла. А. В. Ходжаш отмечает у них небольшую тахикардию, лабильность пульса и кровяного давления, наклонность к потливости, повышенную эмоциональную возбудимость. Все эти изменения, связанные с эндокринной дисфункцией пубертатного периода, являются преходящими и проходят с концом периода полового созревания.

Характерная для этого периода дисгармония отмечается не только в физическом строении подростка, но и в его психическом развитии. Это вполне понятно, если учесть, что при бурно протекающем пубертатном периоде временно может меняться естественная иерархия взаимоотношений между деятельностью коры полушарий и подкорковой области. Равновесие, достигнутое в предыдущей возрастной фазе, нарушается, ослабляется корковый контроль, в мотивации поведения подростка бо́льшую роль приобретают примитивные эмоции и инстинкты. Поведение подростка характеризуется не только малой устойчивостью, но и большой противоречивостью эмоций. Тонкая чувствительность у них часто сочетается с черствостью. Самонадеянность уживается с застенчивостью и неуверенностью в себе, усиливается интерес к другому полу, возникают еще не совсем понятные подростку сексуальные влечения. Появляется повышенный интерес к своей личности, болезненно воспринимается оценка ее другими. Будучи чрезмерно критичным в отношении окружающих (в особенности в отношении своих родных), подросток недостаточно критичен по отношению к самому себе. Иногда отмечается неустойчивость настроения, колебания между веселым и подавленным, раздражительным и спокойным, между напряженностью и бездеятельностью. Эти расстройства настроения особенно часты у девочек и часто возникают одновременно с началом менструаций. Отмечаются также снижение работоспособности, быстрая утомляемость, жалобы на головные боли. У некоторых подростков в этом периоде наблюдается стремление к уединению, к уходу в себя.

В психологической и медицинской литературе уделяют большое внимание описанию патологических черт характера, связанных с пубертатным периодом. Некоторые авторы выделяют две фазы — негативную и позитивную. Первая характеризуется потерей прежних интересов, переоценкой всех прошлых «ценностей», недоверием к бывшим авторитетам, негативистической установкой ко всему окружающему. У мальчиков эта негативная фаза наступает от 14 до 16 лет, у девочек несколько раньше — от 12 до 14 лет, иногда одновременно с началом менструаций. В последущей, позитивной, фазе появляются новые интересы, желания, повышается уверенность в своих силах, стремление к деятельности.

Советские авторы (В. И. Аккерман и М. Я. Брайнина, З. А. Соловьева) возражают против переоценки роли биологических сдвигов пубертатного возраста в возникновении патологических черт характера. Они не придают им значения «фатального» фактора и подчеркивают, что возникновение патологических реакций в значительной степени зависит от условий среды и воспитания.

С этим полностью согласуются и наши наблюдения. Патологическое поведение у подростков в пубертатном периоде возникает чаще всего под влиянием сочетания ряда неблагоприятных моментов. Имеют значение преморбидные особенности: психопатические черты характера, эндокринные расстройства, остаточные явления перенесенных заболеваний и отсутствие стойких навыков к труду, недостаточная связь с коллективом и др. В этих особых случаях пубертатный период протекает более тяжело и является фактором, предрасполагающим к возникновению патологических реакций даже под влиянием незначительных вредностей.

Как показывают клинические наблюдения, существует ряд патологических симптомокомплексов, более или менее специфических для пубертатной фазы развития. Эти синдромы встречаются в картине различных заболеваний, начинающихся в этом периоде. Они могут быть и клиническим выражением *затяжных патологических реакций пубертатного периода*.

К числу частых клинических симптомокомплексов этого рода относятся следующие.

1. *Болезненное мудрствование*, философствование на отвлеченные темы с бесплодной критикой авторитетов, сопровождающиеся иногда отчуждением от окружающих и уходом во внутренний мир.

2. *Повышенное внимание к своему физическому «я» с ипохондрической фиксацией на телесных ощущениях*. Обилие функциональных вегетативно-сосудистых расстройств является одной из характерных физиологических особенностей данного возрастного периода.

Различные авторы отмечают особенности юношеского сердца — его гипертрофию. Нередко отмечается и физиологическая аритмия, тахикардия, одышка.

При повышенной впечатлительности и возбудимости у подростков, тревожных и мнительных по своему складу, под влиянием незначительных психогенных поводов возникает невроз страха за свою жизнь и здоровье с обильными патологическими ощущениями со стороны сердца. Подростки жалуются на неприятные ощущения со стороны сердца, общую слабость: «все внутри дрожит», «сердце замирает» или «сильно бьется» (клинический пример см. лекцию 23). Под влиянием незначительного психогенного повода (иногда неосторожного слова врача) состояние резко ухудшается, возникают приступы страха за свою жизнь. Но и вне приступа подростки очень фиксированы на своих болезненных ощущениях. Они угнетены, тревожны, фон настроения депрессивный. Высказывают много ипохондрических жалоб. Помещение в больницу приводит обычно к улучшению, но возможен и затяжной характер течения и рецидивы.

3. Дисморфофобия (сверхценная идея о своей физической недостаточности). Подростки жалуются на неправильные пропорции телосложения (слишком узкие плечи), на уродливые черты лица (большой нос) и т. п. С течением времени идея о своей физической недостаточности всецело овладевает подростками, снижается их успеваемость в школе, они постоянно обращаются за врачебной помощью, требуют оперативного вмешательства и нередко его добиваются. Дифференциальный диагноз с шизофренией представляет большие трудности и требует длительного наблюдения. Диагноз реактивного состояния в связи с тяжело протекающим пубертатным периодом ставится обычно на основании полной сохранности личности и работоспособности больного.

4. Характерной для пубертатного периода является и своеобразная форма отказа от еды, мотивируемая боязнью потолстеть (см. «Клинические лекции», т. 1). Подростки постепенно исключают из своего пищевого рациона все большее число блюд и доходят до резкого соматического истощения, иногда с признаками дистрофии и гиповитаминоза. Это болезненное состояние чаще наблюдается у девочек и возникает обычно в связи с незначительным психогенным поводом или без всякого внешнего повода. В начальной стадии эта боязнь потолстеть иногда носит характер навязчивого состояния, с которым подростки пытаются бороться. В дальнейшем критика к своему болезненному состоянию теряется, реактивные состояния принимают затяжной характер (от 1—2 лет и более).

В каждом конкретном случае требуется исключить возможность начала шизофрении, ибо такие же клинические проявления нередко наблюдаются и при шизофрении. Однако в большей части случаев речь идет о затяжном реактивном состоя-

нии, возникающем на фоне тяжело протекающего пубертатного периода.

Это болезненное состояние с отказом от еды известно в литературе под названием «нервной анорексии» у подростков. Однако, по нашим наблюдениям, у этих больных отказ от еды отнюдь не связан с отсутствием аппетита. Многие из наших больных сами отмечали, что им хочется есть, но они отказывались от еды в связи с боязнью «стать толстыми». Один мальчик усиленно требовал лечения, от которого худеют, чтобы можно было есть, сколько хочется. Таким образом, в первой фазе дети не едят, чтобы похудеть — их беспокоит ощущение полноты своего тела. И только после длительного голодания — во второй фазе болезни — аппетит действительно бывает потерян.

Девочка 13 лет. Со стороны наследственности патологического отягощения нет. Раннее развитие нормальное. Детские инфекции переносила легко, без осложнений. По характеру веселая, активная, общительная. В школе училась хорошо, к занятиям относилась добросовестно, с большим чувством ответственности.

Начало заболевания родные относят к 12-летнему возрасту, когда девочка стала постепенно ограничивать себя в еде из-за боязни потолстеть. Впервые, по ее словам, эти опасения возникли в связи с разговорами подруг о том, что у нее очень цветущий, здоровый вид, по-видимому, очень хорошие домашние условия. Девочка думала: «если буду толстеть — застрелюсь». Последние месяцы перед поступлением в клинику разрешала себе съесть за день только две чайные ложки супа, одну картофелину или огурец и полблюдца манной каши на воде. Несмотря на резкое похудание, стягивала на себе белье, пояс, носила платья только черного цвета, чтобы казаться худее. Тревожно спала, боялась, чтобы не накормили во сне. При поступлении в клинику у больной отмечается резкое истощение, сухая кожа, цианотичные конечности, несколько увеличенная щитовидная железа. Менструации отсутствуют последние 4 месяца. Артериальное давление 80/35 мм.

С первых дней пребывания в клинике очень тяготилась обстановкой, требовала выписки, ела только под строгим контролем; все же иногда девочке удавалось незаметно от персонала выбросить часть даваемой ей пищи. После проведенной инсулинотерапии (13 глубоких гипогликемий) стало намечаться некоторое улучшение. Оказывала меньше сопротивления при кормлении, стала бодрее, доступнее, общительнее. По желанию родителей была выписана домой в удовлетворительном физическом и психическом состоянии.

Катамнез через 12 лет. По выписке из больницы в дальнейшем развивалась нормально. Закончила десятилетку. В настоящее время работает медицинской сестрой в поликлинике. С работой хорошо справляется, обладает хорошим аппетитом, никакой тревоги в отношении своей внешности не высказывает.

Вопрос о нервной анорексии у подростков привлек внимание ряда авторов и в зарубежной литературе. Первым описал это болезненное состояние Мартон (Marton). В дальнейшем об этом же состоянии писали многие авторы, характеризуя его различными названиями. Лассег (Lasègue) определил его термином «истерическая анорексия» (1873), Юшар (Huchard, 1883) — «нервная психическая анорексия» (anorexie mentale). После работы Симмондса (Simmonds) о гипофизарной кахек-

сии (1914) большое внимание стали уделять эндокринному фактору в патогенезе этой болезненной формы.

Декур описывает нервную анорексию еще и со вторым названием — «психоэндокринная кахексия периода полового развития». Штойбли-Фрелих (Stäubli-Frölich) считает, что эти болезненные состояния близки к шизофрении, и обращает особое внимание на преморбидные особенности этих подростков. Преобладают спокойные, тихие, послушные, но очень замкнутые подростки. Чаще это девочки, сексуально индифферентные или инфантильные. Мальчики с этим симптомокомплексом характеризуются чертами феминизма. В соматическом состоянии этих подростков отмечаются признаки эндокринной недостаточности, гипоплазия половых органов, позднее наступление менструаций, олигодисменорея.

Автор не отрицает, что в этиологии этих форм некоторую роль играют психогенные факторы — страх перед сложностью жизни. Однако в патогенезе этих форм ведущая роль отводится эндокринному фактору, весь болезненный симптомокомплекс характеризуется как «психоэндокринная кахексия» в период полового созревания. Автор справедливо подчеркивает, что первичным является расстройство нервной регуляции, связанное с нарушением функций таламуса (гипофизарно-диэнцефальной системы).

Другие авторы считают, что основной причиной данного болезненного состояния являются психогенные факторы. Представители психоаналитического направления рассматривают это болезненное состояние как невроз, в основе которого лежит «отвергание подростком наступающей половой зрелости» («стремление к аскетическому идеалу»).

Изучение этой формы затяжных реактивных состояний в пубертатном периоде проводилось в нашей клинике К. А. Новлянской. На основании 11 клинических наблюдений подростков 14—16 лет (преимущественно девушек) с последующим катамнестическим обследованием их автор приходит к выводу, что болезненный синдром отмечается при различных заболеваниях.

Диагностическая оценка данного синдрома, установление его нозологической природы представляют обычно очень большие трудности. Нередко дифференциальный диагноз с шизофренией окончательно устанавливается только при длительном наблюдении больных на основании других признаков, главным образом типичных для шизофрении нарушений мышления и личности больных. При изучении катамнеза этих больных (через 2—3 года и более) в части случаев удалось установить стойкое исчезновение синдрома, гармоничное развитие личности и хорошее приспособление к жизни. Это дало основание считать, что в этих благоприятных случаях речь идет о затяжной патологической реакции. Однотипность

синдрома по условиям его как возникновения, так и содержания, непосредственная связь во времени с наступлением периода полового созревания дают также основание предполагать, что в генезе его, главным образом в формировании клинических проявлений, решающую роль играет возрастной фактор — тяжело протекающий пубертатный период.

При анализе причин происхождения патологической реакции в большинстве случаев трудно исключить роль психогенных факторов. Содержанием психической травмы чаще всего являются ситуационные факторы; неприятные переживания связаны с появлением новых интересов и влечений, свойственных периоду полового созревания. Однако чисто психологическая трактовка данного синдрома как «невроза» мало удовлетворяет. Возникновение данного синдрома может быть правильно понято, если учесть наличие глубоких биологических сдвигов и нарушений кортикальной динамики, связанных с патологически протекающим пубертатным периодом. Анализ клинических наблюдений вскрывает, что в происхождении данного синдрома большую роль играют интеро- и проприоцептивные ощущения, измененное самоощущение подростка в связи с нарушением гармонии функций внутрисекреторного аппарата, главным образом гипофизарно-диэнцефальной системы. Больные жалуются, что они чувствуют, как «пухнут руки», «все тело становится мягким» и др. (см. «Клинические лекции», т. 1).

При л е ч е н и и этих больных нельзя ограничиться только психотерапией. Требуется более глубокая биологическая перестройка путем пирогенной терапии или инсулина. Мучительные переживания больных в связи с боязнью потолстеть хорошо поддаются лечению нейролептическими средствами (аминазином).

При резком исхудании, доходящем нередко до выраженной дистрофии, требуется срочное помещение больных в психоневрологическую больницу.

5. П с и х о п а т о п о д о б н ы е ф о р м ы п о в е д е н и я относят к числу наиболее частых патологических состояний пубертатного периода. Характерная для пубертатного периода дисгармония отдельных сторон личности, неустойчивость настроения, противоречивость чувств и поступков проявляются главным образом тогда, когда подросток не находит выхода для своей возросшей самостоятельности, когда он не включен в трудовую деятельность, не связан с коллективом. В этих случаях легко возникают конфликты между родителями и детьми, учениками и педагогами. Подросток становится грубым, непослушным, озлобленным, все и всех критикует. Повышенная самооценка нередко уживается у подростка с неуверенностью в своих силах. В связи с этим легко возникает конфликт между желаемым и возможным.

Иногда при более выраженных формах подросток с течением времени совершенно теряет интерес к семье и школе, бросает учение, бродит без дела, ворует дома вещи и продает их, сходится с безнадзорными и легко скатывается на антисоциальный путь. Эти формы патологического поведения подростка должны быть отграничены от так называемой гебоидной формы шизофрении, характеризующейся быстро наступающим эмоциональным оскудением. Для дифференциального диагноза требуется длительное наблюдение; необходимо установить подлинный характер эмоциональных изменений подростка, так как часто грубость, злобность, жестокость, циничность подростка являются лишь «фасадом», за которым скрывается здоровая личность. При более подробном знакомстве с подростком удается установить, что настоящего аутизма и эмоционального опустошения здесь нет; иногда речь идет о патологической реакции на жизненные трудности, о невротическом состоянии в связи с неудовлетворенностью собой и окружающим. В патологических реакциях пубертатного периода не наблюдается ни внутренней противоречивости, ни парадоксальности, ни перверзной жестокости больных шизофренией.

В мышлении этих больных не отмечается каких-либо выраженных расстройств.

Клиническим примером психопатической реакции может служить следующая история болезни.

Мальчику 14 лет, поступил в клинику с жалобами родителей на то, что мальчик убегает из дому, пропадает по нескольку дней, ворует, отказывается от посещения школы, груб, непослушен. Наследственность не отягощена. Роды матери и раннее развитие мальчика были нормальными. Жил в хороших социально-бытовых условиях. Как единственный ребенок привык быть центром внимания семьи. Рос упрямым, требовательным, но ласковым, общительным, веселым. В школе учился хорошо, но к занятиям относился несерьезно. Был эмоционально неустойчивым, поверхностным. Интеллектуально мальчик развивался нормально, но преобладало конкретное мышление, в отвлеченных положениях плохо разбирался. До пубертатного периода мальчик учился хорошо, жалоб на его поведение не было. С 13-летнего возраста перестал посещать школу, уходил из дому как будто бы в школу, в действительности же проводил время на улице, сблизился с безнадзорными подростками, начал курить. Непосещение мальчиком школы стало известно родителям, что привело к конфликтам между мальчиком и родными. С тех пор мальчик стал чаще уходить из дому, по нескольку дней бродяжничал. Для ухода из дому ему нужны были деньги. Он стал брать у матери вещи и продавать их, у бывшей сослуживицы отца украл 500 рублей, которые истратил на сладости и кино. Сделался грубым, раздражительным, совершенно игнорировал замечания родителей. Относился к ним свысока, все и всех критиковал. Родители отмечали резкое изменение всего его психического склада — «как будто подменили», снизилась успеваемость (особенно по математике). Был направлен в санаторное отделение больницы. Охотно вступает в контакт, к своему неправильному поведению недостаточно критичен, характеризует себя как очень самолюбивого человека. Всегда старается избежать положения, где он мог бы встретить к себе насмешливое отношение, избегал школу потому, что плохо успевал по алгебре. Интеллект хороший, речь, богатая по запасу слов. Со стороны

внутренних органов отклонений от нормы нет. Наблюдается лишь эндокринная недостаточность в виде нерезко выраженного гипогенитализма (женственное лицо, избирательное отложение жира на груди и бедрах). По словам матери, мальчик за последний год стал быстро расти. По врачебным и педагогическим наблюдениям, характеризуется как беспечный, поверхностный, самолюбивый, с повышенной самооценкой. В первое время в отделении объединился с наименее организованными сверстниками и пытался вместе с ними проникнуть в кладовую, где хранились детские гостинцы.

Под влиянием организованной жизни в детском коллективе после двухмесячного пребывания стал более спокойным, организованным, включился в школьные занятия и в общественную жизнь санаторного отделения. Был выписан домой с советом создать условия строгого трудового режима.

Катамнез через 2 года: учится в военной школе, хорошо успевает. Его поведением довольны. Ведет общественную работу. С матерью отношения хорошие.

В данном случае роль пубертатного периода в возникновении патологического поведения подростка является несомненной. В пользу этого говорят некоторые особенности клинической картины: резко наступившие изменения в отношениях к родным, грубость, наклонность все критиковать. Нельзя упускать из виду и тот факт, что мальчик в допубертатном периоде был недостаточно устойчив и у него обнаруживались признаки эндокринной недостаточности. Как известно, при эндокринопатии пубертатный период принимает более тяжелое течение. Однако причины возникновения патологического поведения в данном случае более сложные. Дело не ограничивается только биологическим фактором (бурной функциональной перестройкой эндокринной и нервной систем), необходимо учесть и роль психогенного фактора. Очень важным фактором, способствующим возникновению патологической реакции в пубертатном возрасте, является неправильное изнеживающее воспитание подростка. Мальчик в семье был окружен чрезмерным вниманием, в детстве не был приучен к самостоятельности, к систематической работе. У него не были воспитаны более высокие интересы, навыки к общественной жизни. Чрезмерная забота о нем развивала в нем эгоцентризм и любовь ко всяким жизненным удовольствиям. Поэтому с началом пубертатного периода, когда снизилась работоспособность и усилились затруднения в математике, он оказался несостоятельным в борьбе с трудностями, убежал от них, всецело предавался жизненным удовольствиям.

Под влиянием лечебно-педагогической работы в санатории энергия подростка, ранее направленная на переживания эгоистического характера и стремления к удовольствиям, теперь направлена по правильному руслу в организованных условиях военной школы.

Отмеченная в данном случае сложность причин происхождения патологического поведения является закономерной. Очень часто патологическое поведение подростка в пубертат-

ном возрасте зависит от неправильного поведения окружающих его взрослых в семье и школе. Ими не учитываются характерные для пубертатного периода особенности, стремление к самостоятельности и невыносливость ко всяким попыткам их ограничить в этом отношении. Взрослые продолжают относиться к подростку, как к маленькому, читают ему нравоучения и требуют беспрекословного повиновения. В результате подросток становится еще более грубым и раздражительным, нарушается контакт между ним и старшими. В дальнейшем иногда теряется связь с семьей и нередко возникают новые связи с антисоциальными людьми.

Если своевременно не принять необходимые меры, если желание самостоятельности и энергия подростка соответственно не направлены, если родители, педагоги, общественные организации школы не переключили интересы подростка на общественно полезную деятельность, то расстройство поведения фиксируется, принимает характер затяжного патологического состояния. В то же время при своевременных и соответствующих лечебно-педагогических мероприятиях, при включении подростка в трудовую деятельность, в правильно организованном коллективе патологические реакции подростка легко обратимы. При организации лечебно-педагогических мероприятий необходимо использовать характерные черты позитивно-пубертатной фазы: возросшее самосознание, сопровождающееся повышенными требованиями к себе, чувством долга перед коллективом, расширением общественных интересов.

Часть 2

ПСИХОПАТИИ

Лекция 13

УЧЕНИЕ О ПСИХОПАТИИ

Учение о психопатии находится на более раннем этапе развития, чем другие разделы психиатрии. Самый факт более позднего развития этой проблемы вполне понятен. Психиатры, работающие в больницах (кроме судебных психиатров), относительно редко наблюдают психопатии. Проблема психопатии стала более актуальной лишь тогда, когда организовалась внебольничная помощь и перед психиатром встали новые задачи лечения больных вне стационара.

Вопросы клиники психопатии все чаще привлекают внимание психиатров, работающих в области пограничных форм,— так называемой малой психиатрии. Особенно большое внимание уделяется изучению психопатии в детской клинике, где пограничные формы занимают ведущее место.

Несмотря на сравнительную редкость выраженных форм психопатий у детей, разработка этой проблемы в детской клинике представляет собой важную задачу, правильное разрешение которой будет полезным и для общей психиатрии. В этом отношении большое значение приобретает тот факт, что психиатры, курирующие детей, наблюдают психопатию в ее истоках и поэтому могут изучать это болезненное состояние в его становлении и развитии.

Существует неправильная точка зрения, что психопатия может изучаться только у взрослых, так как формирование характера заканчивается после пубертатного периода. Авторы, защищающие эту точку зрения, не учитывают, что психопатия у взрослого никогда не возникает вдруг, как нечто готовое. Патологическая личность формируется постепенно и медленно; те или другие отклонения психики наблюдаются задолго до обнаружения выраженной формы психопатии. Путем своевременных лечебных и педагогических мероприятий психиатр, курирующий ребенка, может предупредить развитие психопатии у взрослого.

Следовательно, изучение проблемы развития психопатий у детей, особенностей начальных признаков той или другой из

се клинических разновидностей, способов лечения и предупреждения является серьезной задачей, вполне соответствующей профилактическому направлению советской медицины.

Разрешение проблемы психопатии и в настоящее время остается еще одной из трудных задач психиатрии. Причину трудностей исследования проблемы психопатии следует искать в особенностях самого предмета изучения: больные психопатиями — это аномальные, патологические личности с резкой дисгармонией развития эмоционально-волевой сферы, находящиеся на грани между психической болезнью и здоровьем. А всякий раз, когда речь идет о патологии личности с ее сложной структурой и большой изменчивостью под влиянием окружающей среды, пути исследования становятся более сложными и трудными. Для того чтобы познать патологические черты характера, нельзя ограничиться только изучением биологических закономерностей: в формировании всякой личности — не только здоровой, но и патологической — ведущая роль принадлежит закономерностям общественно-исторического порядка. В то же время психопатия, как и всякое болезненное состояние, имеет свой материальный субстрат в виде определенной биологической недостаточности (нервной системы и других систем организма). Отсюда понятно, насколько сложны взаимоотношения с о ц и а л ь н о г о и б и о л о г и ч е с к о г о в каждом конкретном случае психопатий и как велика опасность упрощенного разрешения этой проблемы.

На всех этапах истории развития учения о психопатии вопрос о причинах ее происхождения являлся наиболее трудным. В неправильном разрешении основного вопроса — вопроса о взаимоотношении социального и биологического факторов — кроется причина многих методологических ошибок. Этим объясняется и трудность понимания сущности психопатии. Одни авторы уделяли чрезмерное внимание наследственности, другие, наоборот, отрицали роль врожденного предрасположения и средовым — психогенным — влияниям придавали исключительное значение в развитии психопатии.

За последние 2—3 десятилетия произошла большая эволюция взглядов на причины происхождения психопатии.

Основной в этой эволюции была тенденция сузить рамки так называемой конституциональной психопатии и доказать, что причину психопатии следует искать во внешних вредностях, действовавших во время внутриутробного периода и в первые годы жизни ребенка.

Эта точка зрения на этиологию психопатии была ведущей в исследованиях отечественных психиатров. В. Х. Кандинский считал, что причиной психопатии является либо неблагоприятная наследственность, либо внешние факторы, которые отрицательно действуют в первые годы жизни ребенка и нарушают

нормальный ход психического развития. С. С. Корсаков также подчеркивал, что не только неблагоприятная наследственность является причиной психопатии; дегенерация может обусловиться различными неблагоприятными моментами в период утробной жизни, различными условиями, влияющими на организм ребенка в младенческом или отроческом периоде.

О роли внешних вредных факторов в происхождении психопатии писали и некоторые зарубежные авторы [Кох (Koch) и Циген (Ziehen)]. Однако в дальнейшем этиология психопатий рассматривается с конституциональной точки зрения: решающая роль придается патологической наследственности. Конституциональное направление, возглавляемое Кречмером (Kretschmer), нашло свое отражение и в других исследованиях, посвященных психопатии [Кан, Шнейдер (Kann, Schneider)]. Влияние конституциональной теории отмечается также в работах по психопатии советских авторов (М. О. Гуревич, Е. К. Краснушкин, Н. И. Озерецкий, Т. П. Симсон, Г. Е. Сухарева и др.). Конституциональная теория о происхождении психопатии способствовала развитию нигилистических взглядов в отношении предупреждения и лечения этих состояний.

В середине 30-х годов в советской психиатрии начинается новый этап в изучении причин психопатии. Вновь подчеркивается роль внешних вредных факторов (рано перенесенные инфекции и мозговые травмы) в их происхождении. В этом отношении много ценных фактов было представлено психиатрами, работавшими в области психиатрии детского возраста (А. И. Винокурова, С. З. Галацкая, В. П. Кудрявцева, С. С. Мнухин, Е. А. Осипова, М. С. Певзнер, Т. П. Симсон, Л. С. Юсевич и др.).

Этот новый этап в изучении психопатий был очень продуктивным для пересмотра вопроса о причинах психопатий. Однако и в этом периоде наряду с правильными методологическими установками имелись и односторонние ошибочные взгляды. Совершенно справедливо указывая на ведущую роль социальной среды в формировании личности, психиатры приходили к одностороннему ложному выводу, что причиной психопатии являются т о л ь к о неблагоприятные социальные факторы. Всякое отклонение развития личности в условиях неблагоприятной среды расценивалось ими как психопатия. Тем самым необоснованно расширились рамки диагностики психопатии.

Такая же эволюция взглядов на этиологию психопатии в сторону большего признания роли внешних факторов в ее происхождении отмечается и в исследованиях некоторых более прогрессивных деятелей зарубежной психиатрии (Эйе во Франции, Нобили в Италии, Трамер в Швейцарии и др). В исследованиях Слейтера (Slater) ставится вопрос о большой роли влияний среды в происхождении психопатических черт у близнецов. Даже представитель наследственно-биологической концепции Ригер (Rigger) ставит вопрос о социальной регенерации в семьях, где имеются лица, страдающие психопатией, причем подчеркивается, что эта регенерация отмечается у потомков, воспитывавшихся в благоприятных условиях.

Нередко психиатры впадают в противоположную крайность, рассматривая психопатические проявления только как реакцию на внешние раздражители; аномальное развитие личности ими трактуется как серия таких реакций [Майер (Mayer)]. Последователи Фрейда видят основную причину патологического поведения в ранних детских сексуальных травмах.

Однако и эти крайние точки зрения в проблеме этиологии психопатии, когда совершенно не учитываются врожденные особенности личности, также оказали отрицательное влияние на практику, так как приводили к путанице клинических понятий.

В дальнейшем в исследованиях советских психиатров многие из отмеченных выше неправильных методологических установок были преодолены. П. Б. Ганнушкин подошел к исследованию психопатий новым путем,

используя динамический метод. Психопатическую личность он рассматривал в аспекте ее развития, ее изменчивости в зависимости от окружающей среды. В исследованиях других авторов (В. А. Гиляровский, В. Н. Мясищев, В. П. Осипов) вопросы этиологии психопатии также были пересмотрены. Была доказана большая сложность причинно-следственных отношений в области психопатии, диалектическое единство социальных и биологических факторов в их происхождении. В течение последних лет неоднократно ставился вопрос о необходимости пересмотреть проблему психопатии под углом зрения прогрессивных идей И. П. Павлова о закономерностях развития высшей нервной деятельности и о единстве организма и внешней среды. Рядом советских психиатров (О. В. Кербиков, В. Н. Мясищев, Е. А. Попов, И. Ф. Случевский и др.) было использовано учение И. П. Павлова о типах нервной деятельности. Однако все эти исследования находятся еще в начале своего развития.

Таково современное состояние вопроса об этиологии психопатии. Хотя и в настоящее время знания о причинах психопатий еще ограничены, все же ясен путь, по которому в дальнейшем должно идти разрешение этого вопроса. Руководящими на этом пути в советской психиатрии являются следующие два положения.

1. Патологическая наследственность не может считаться единственной причиной психопатии. Бóльшая часть психопатий, наблюдаемых в клинике, обусловлена внешними вредными факторами, действовавшими внутриутробно или в раннем детском возрасте. Рамки конституциональных психопатий должны быть значительно сужены.

2. Пути формирования патологической, психопатической личности, так же как и здоровой, могут быть правильно поняты только при учете тесного взаимодействия социальных и биологических факторов. Всякая попытка альтернативного их противопоставления приводит к ошибочным выводам.

Правильность этих двух положений доказывается клиническими наблюдениями над детьми. По данным психиатров, курирующих детей и обладающих более подробными анамнестическими сведениями, к числу наиболее частых причин психопатий относятся следующие:

а) инфекции общие и мозговые, действовавшие внутриутробно или в раннем детском возрасте;

б) черепно-мозговая травма (внутриутробная, родовая и приобретенная в первые годы жизни);

в) токсические и аутоинтоксикационные факторы (токсические диспепсии, длительные желудочно-кишечные заболевания, неправильное кормление, рахит и другие виды нарушения обмена веществ, плохие гигиенические условия в первое время жизни);

г) ряд других факторов, патогенная роль которых еще недостаточно изучена (лучевая энергия, распространенные ожоги, длительное перегревание и охлаждение).

К вредным факторам, называемым «внутренними», относятся: 1) поражение зачатка (алкоголь, сифилис, лучевая

энергия); 2) патологическая наследственность (отягощение психическими заболеваниями, психопатией).

К этому следует добавить, что такие формы психопатии, в происхождении которых патологическая наследственность является основным причинным фактором, встречаются относительно редко. Даже в этих «конституциональных» формах никогда нельзя доказать, что патологическая наследственность — единственный фактор, обусловливающий психопатию. Деление факторов на «внешние» и «внутренние» в происхождении аномалии развития очень условно. Многие из тех вредностей, которые были «внешними» для родителей (сифилис, алкоголь и другие интоксикации) становятся в следующем поколении уже «внутренними» для ребенка.

Изучение психопатий в детской клинике подтверждает правильность и второго положения — о тесном взаимодействии социальных и биологических факторов в формировании психопатической личности. Наблюдая ребенка, постоянно меняющегося в зависимости от возрастной фазы и условий воспитания и обучения, детский психиатр легче может установить, что развитие психопатического характера нельзя целиком объяснить особенностями биологической недостаточности. Врожденной или рано приобретенной недостаточностью определяются лишь основные, структурные особенности данной дисгармоничной личности, только тенденция к определенному типу реагирования, тогда как актуализация этой тенденции зависит от социальной среды и воспитания. Отсюда понятно, почему в зависимости от изменения условий социальной среды у одной и той же личности так колеблется степень дисгармоничности психики и неадекватность реакций. Совершенно справедливо в руководстве психиатрии М. О. Гуревича и М. Я. Серейского указывается, что «в зависимости от биологических и особенно социальных факторов один и тот же субъект в течение своей жизни в смысле психических уклонений может то доходить до степени психопатических состояний, то оставаться в пределах или на границе нормы».

Таким образом, для развития психопатии наряду с основной причиной, вызывающей врожденную или рано приобретенную недостаточность нервной системы, необходим еще и другой фактор — неблагополучие социальной среды и отсутствие корригирующих влияний при воспитании ребенка. Этот второй фактор является тем существенным условием, при отсутствии которого психопатия может и не развиваться. В благоприятных условиях патологические особенности личности могут постепенно сгладиться, не достигая степени выраженной психопатии.

Целенаправленным воздействием социальной среды можно в большей или меньшей степени корригировать имеющиеся отклонения, тогда как при неблагополучных условиях воспи-

тания даже легкие отклонения могут развиться в тяжелую форму психопатии.

Это сложное переплетение социальных и биологических факторов должно быть учтено не только при постановке диагноза, но и при выборе путей терапевтического воздействия. Поскольку основной причиной психопатии являются факторы, обусловливающие недостаточность нервной системы, в каждом конкретном случае прежде всего необходимо установить, в чем особенности этой недостаточности, и соответственно этому применить тот или другой вид терапии. Однако лечение психопатии ни в коей мере не может ограничиться биологическими методами. Это лишь подготовка к дальнейшему длительному лечебно-педагогическому воздействию на ребенка. Формирование личности определяется главным образом его деятельностью в условиях определенной социальной среды, воспитания и обучения.

Вывод из всего сказанного ясен. Ключ к пониманию происхождения психопатии, ее распознавания и лечения в каждом конкретном случае может быть найден только при анализе взаимодействия социальных и биологических факторов. Нельзя понять развитие психопатической личности без учета окружающей ее социальной среды, но нет психопатии и при отсутствии врожденной или рано приобретенной недостаточности нервной системы.

Вопрос о сущности этой недостаточности нервной системы еще мало изучен. В современной литературе он сравнительно слабо освещен, самую постановку его некоторые авторы считают необоснованной. Так, Шнейдер считает, что изучение биологической сущности психопатии не отделимо от решения общей проблемы основы личности («тело и душа»), являющейся эмпирически неразрешимой. Не уделяется должного внимания вопросу о биологической сущности психопатий и во многих других исследованиях, посвященных проблеме психопатий.

Существенно новое в понимание биологической сущности психопатии было внесено Крепелином. Он подчеркнул, что бóльшая часть психопатий представляет собой проявление парциальной задержки развития, остановку на детской стадии (частичный инфантилизм). В. Х. Кандинский также рассматривал психопатию как проявление нарушенного развития психики в связи с различными вредностями в первое время жизни. Выдвинутое Крепелином понятие частичного инфантилизма как биологической основы психопатий не может объяснить биологической сущности всех форм психопатий. Существует ряд клинических вариантов, когда речь идет не о «задержанном», а об «искаженном» развитии. В таких случаях наблюдаются самые разнообразные сочетания признаков незрелости психики и чрезмерно ускоренного

развития. Однако существенным является самый факт постановки вопроса о биологической основе психопатии и разрешении его в эволюционном аспекте — как аномалии онтогенеза нервной системы. Понятно, что в зависимости от того, на каких этапах онтогенеза возникло отклонение в ходе развития, а также от степени его тяжести и распространенности тип аномалии нервной системы — характер биологической недостаточности — может быть различным. В клинической картине психопатии это различие проявляется прежде всего в особом типе реагирования на раздражители внешней среды, более или менее характерном для той или другой разновидности. Чем сложнее жизненная ситуация, чем менее благоприятны условия воспитания, тем ярче патологические проявления. Однако в отличие от тех форм неправильного развития характера, которые могут возникнуть у здорового ребенка под влиянием неблагоприятных условий жизни и ошибок воспитания, у психопатической личности патологические черты обнаруживаются и в такой жизненной ситуации, когда у здорового ребенка не отмечается каких-либо отклонений в поведении.

Все изложенные данные об этиологии и биологической сущности психопатии должны лечь в основу определения понятия психопатий.

Как указывалось выше, в настоящее время еще нет общепринятого определения понятия психопатии. Определение психопатии как аномальной патологической личности, находящейся на грани между нормой и психическим заболеванием, слишком общо и едва ли кого-нибудь может удовлетворить.

В зарубежной психиатрии очень распространено определение психопатий, данное Шнейдером, который предлагает ограничиваться практическим определением. Он относит к психопатическим те личности, которые сами страдают от своей недостаточности и от которых страдает общество. Это определение нас мало удовлетворяет, в нем отсутствуют какие-либо данные клинической и патогенетической оценки психопатий. Сам автор рассматривает это определение как «условное». В дальнейшем он добавляет, что к психопатическим относятся только те личности, у которых «патологическое» заложено в них самих. При любых жизненных условиях такие личности более других склонны к внешним или внутренним конфликтам.

Более подробное определение понятия психопатий представлено в советских руководствах по психиатрии. Так, М. О. Гуревич, основываясь на определении психопатии, данном С. С. Корсаковым, относит к психопатическим «аномальные варианты личности, отличающиеся дисгармонией психических свойств и неадекватной реакцией на внешние раздражители,

вследствие чего больше или меньше нарушено поведение и затруднена активная приспособляемость субъекта к окружающей среде».

В этом определении следует обратить внимание на два момента, имеющих большое значение в предупреждении расширительного толкования психопатии. Во-первых, не всякое патологическое поведение может быть расценено как психопатия. К психопатическим личностям относятся лишь те, которые возникают на основе врожденной или рано приобретенной аномалии развития нервной системы. Речь идет о частичной аномалии развития, которая затрагивает физиологические системы, регулирующие поведение, и не затрагивает физиологической основы познавательной деятельности. Во-вторых, для лучшего понимания психопатии необходимо принять во внимание и критерий тяжести патологических проявлений, влияющих на приспособляемость к окружающей социальной среде. Не всякий аномальный вариант личности можно считать психопатией. К психопатии следует относить только тяжелые формы аномальных личностей с разко выраженной дисгармонией психических свойств, делающей человека не приспособленным к окружающей социальной среде, к жизни в коллективе.

Определение понятия психопатии у детей связано с еще бо́льшими трудностями, чем у взрослых. Если у взрослых психопатоподобное состояние, начавшееся после перенесенного мозгового заболевания, нетрудно отличить от психопатии (так как здесь нет аномалии развития нервной системы), то в детской клинике дифференциация психопатии и психопатоподобного состояния очень затруднена, а часто и невозможна. Это понятно, так как любой болезненный процесс, возникший на ранних этапах онтогенеза, вызывает не только деструкцию уже сформированных отделов нервной системы, но и недоразвитие тех областей, которые находятся в зачаточном состоянии.

Хотя основные признаки той или другой формы психопатии обнаруживаются рано, все же диагностика психопатии у детей значительно труднее, чем у взрослых, так как выраженные формы в детской клинике наблюдаются сравнительно редко. Обычно речь идет о начальных проявлениях (препсихопатических состояниях, по Трамеру).

Трудности распознавания психопатии особенно значительны у детей младшего возраста, у которых признаки неустойчивости, импульсивности, повышенной эмоциональной и двигательной возбудимости могут рассматриваться еще как физиологические проявления. Затруднения диагностики усугубляются в тех случаях, когда ведущим в клинической картине является синдром двигательного возбуждения. На ранних этапах развития стремление к движению является еще физиологическим, ребенок испытывает при этом особую радость (в грудном, ясельном возрасте). В конце дошкольного и в школьном периоде симптомокомплекс двигательного

возбуждения в его резко выраженной форме может расцениваться как патологический признак. Однако он может наблюдаться при самых разнообразных состояниях, реакциях и процессах.

На это указывает ряд авторов (М. О. Гуревич, Гомбургер, Е. А. Осипова, Трамер, Штокерт и др.). Вик (Wieck) обратил внимание на то, что синдром двигательного возбуждения у детей в большинстве случаев связан с неблагоприятными социально-бытовыми условиями и недостатком воспитания. Из 80 наблюдавшихся им детей с синдромом двигательного возбуждения лишь у 9 можно было установить наличие остаточных явлений после энцефалита и у 15 — признаки психопатии. У всех остальных детей двигательное беспокойство обусловлено психогенными влияниями, плохими бытовыми условиями, безнадзорностью.

Большинство детей этого возраста поступает в больницу в связи с патологическим поведением в школе и дома. Направляются они обычно с очень однотипной педагогической характеристикой: «двигательно возбужден, суетлив, драчлив, бьет ребят».

Для распознавания нозологической природы синдрома двигательного возбуждения у ребенка в дошкольном и младшем школьном периодах необходимо изучить: а) качественные особенности этого симптома; б) основной фон, на котором он развивается; в) особенности личности в целом.

К числу других «универсальных» синдромов, наблюдающихся в детской клинике, относятся также: а) повышенная эмоциональная возбудимость и драчливость; б) неустойчивость поведения с неспособностью к более или менее систематической работе; в) преобладание грубых влечений и инстинктов над более высокими, так называемыми интеллектуализированными, эмоциями и ряд других.

Все эти проявления могут наблюдаться не только при разнообразных болезненных состояниях, но и у здоровых, неправильно воспитанных детей и подростков. Однако в каждом конкретном случае эти проявления приобретают несколько иной характер в зависимости от нозологической формы. Они неодинаковы также при различных клинических разновидностях психопатии, так как в ее клинической картине наряду с этими малоспецифичными патологическими проявлениями наблюдаются и основные признаки той или другой формы психопатии. Для того чтобы обнаружить психопатию и исключить другие диагностические предположения, необходим тщательный клинический анализ. Нужно учитывать не только грубые признаки патологического поведения, делающие ребенка трудным в воспитательном отношении, но и более тонкие черты характера, темперамента и влечений, направленность интересов и ряд других признаков, дающих возможность установить особенности данной личности в целом, в ее деятельности и взаимоотношениях с окру-

жающей средой. Причем важно указать не только отрицательные, но и положительные черты данной личности. Последнее особенно необходимо для выбора методов лечебно-педагогического воздействия.

Для отграничения психопатии от других сходных клинических проявлений необходимо учесть не только особенности психопатологической картины, но и сомато-неврологические и, в частности, эндокринные нарушения.

В диагностически более сложных случаях требуется изучать патологические проявления ребенка не только в статике, но и в динамике под влиянием определенной среды и лечебно-педагогических мероприятий. Таким образом легче удается установить степень адекватности реакции ребенка, его способность приспособиться к меняющимся жизненным условиям.

В каждом конкретном случае необходимо сделать все возможное, чтобы выяснить происхождение отдельных патологических проявлений. Для этого прежде всего нужно подробно ознакомиться с условиями среды и воспитания ребенка не только в настоящее время, но и в прошлом. При неблагоприятных условиях воспитания ребенка не следует торопиться с диагнозом психопатии. В таком случае лучше поставить предположительный диагноз: «изменения характера в связи с неблагоприятными условиями воспитания» и продолжать наблюдение за больным, чтобы проследить, как изменилось его поведение при переводе в хорошие условия.

Другими словами, *диагноз психопатии у ребенка должен ставиться с большой осторожностью* и только в тех случаях, когда речь идет о тяжелой дисгармонии психических свойств личности, когда при длительном наблюдении устанавливается невозможность для ребенка приспособиться к нормальным для его возраста условиям жизни и деятельности и к требованиям организованного детского коллектива. Такая осторожность необходима и потому, что дети с диагнозом психопатии попадают в затруднительное положение, их неохотно принимают в массовые детские учреждения.

Подчеркивая опасность расширения диагностики психопатии в детском возрасте, мы считаем необходимым предостеречь и от другой, противоположной, ошибки: отрицания самой возможности распознать психопатию (точнее — препсихопатические особенности) у ребенка. Некоторые авторы склонны рассматривать любую форму патологического поведения у ребенка и подростка либо как физиологическую возрастную особенность, либо как реактивное образование в связи с неблагоприятной бытовой обстановкой. При этом не учитывается, что при редкости выраженных форм психопатии у детей начальные, рудиментарные, ее проявления наблюдаются значительно чаще.

Изучая начальные, рудиментарные проявления той или другой формы психопатии у детей, тщательно учитывая анамнестические данные, условия быта и воспитания ребенка, психиатр может легче раскрыть пути происхождения патологических проявлений и пути коррекции. Ранние проявления психопатии должны быть учтены врачом как «сигналы угрозы» о возможности дальнейшего развития выраженной формы психопатии.

Для того чтобы профилактическая работа психиатра была наиболее эффективной, необходимо проводить ее в тесном контакте с педиатрами, школьными врачами, педагогами и родителями. Руководящая роль в профилактической работе принадлежит врачу детского психоневрологического кабинета объединенной поликлиники или общего психоневрологического диспансера. В его задачу входит, во-первых, организовать динамическое наблюдение за детьми и подростками, «угрожаемыми» в смысле возможности развития психопатии; во-вторых, наметить для каждого из них план лечебных и лечебно-педагогических мероприятий, который должен проводиться не только психиатрами, но и школьным врачом, педагогами и родителями. Клинические наблюдения доказывают большую плодотворность такой профилактической терапии.

Лекция 14

ГРУППИРОВКА ПСИХОПАТИЙ

Проблема группировки психопатий относится к числу нерешенных вопросов современной психиатрии. В различных руководствах по общей психиатрии и монографиях, посвященных клинике психопатий, можно встретить самые разнообразные схемы систематики психопатических личностей.

Крепелин в основу группировки психопатий положил клииико-описательиые данные и выделил следующие формы: «возбудимые», «неустойчивые», «люди с повышеиными влечеииями», «лгуиы и фантасты», «чудаки», «враги общества», «сварливые». П. Б. Гаинушкииым также клинически были описаны следующие группы: циклоиды, шизоиды, параноики, эпилептоиды, истерические характеры, иеустойчивые, аитисоциальные психопатии и «коиституциоиально-глупые». Группировка психопатий, предложеиная К. Шиейдером, имеет миого сходства с описаиными выше. Автор выделяет «гипертимические» личности, «депрессивные», «неувереиные в себе», «жаждущие призиаиия», «иеустойчивые» и др.

Были предложены и схемы классификации, в которых систематика психопатий проводилась на основе ииых принципов. К таким отиосятся классификации психопатий, предложенные Каном (Kahn), Груле (Gruhle), Кречмером и др. Каи классифицирует психопатии в зависимости от того, в каких «слоях» личности иаиболее резко выражены отклонения от иормы. Он различает психопатии: а) с отклонением темперамента; б) характера; в) влечений; г) сложные комплексные формы.

По этому же принципу предлагает группнровать психопатии и Витемаль (Чехословакия); Груле в основу типизации кладет следующие особенности психики: активность, основиое иастроеиие, аффективиая отзывчивость, волевые особенности, отношение к реальиости, самочувствие и самооценка.

Кречмер в своих исследованиях о соотношении между конституцией и психозом выделяет две формы психопатии, связаниые с той или другой группой эидогенных психозов: шизоиды, имеющие интимиое отношение к группе шизофрении, и циклоиды — к циркулярному психозу. Позднее была прибавлена и третья группа эпилептоидов. В другой работе Кречмер описывает два различных типа характеров: сеизитивиый и экспаисивный в зависимости от различного сочетания стенических и астенических черт.

И. Ф. Случевским в осиову классификации психопатий положено учение И. П. Павлова о типах высшей нервиой деятельиости. Все разновидиости психопатий И. Ф. Случевский рекомеидует делить на две группы: первая — психопатии, являющиеся патологическими вариантами сильного неуравновешенного типа нервной системы, вторая — психопатии, представляющие собой патологические вариаиты слабого типа. К первой автор от-

носит параноическую форму, гипертимно-циркулярную, гипертимно-эксплозивную и извращенную; ко второй — психастеническую, парабулическую, истерическую и ипохондрическую.

Для группировки психопатий у детей и подростков также были представлены различные схемы. Шольц (Scholz) выделял формы психопатий по клиническим симптомокомплексам: индолентные, депрессивные, маниакальные, периодические, эффективно-неустойчивые с повышенными влечениями, чудаки, фантасты и лгуны, морально неполноценные. Гомбургер делит психопатические личности на нервозные, пугливые, слабовольные, неустойчивые, эмоционально тупые, раздражительные, истерические, навязчивые, сензитивные.

Трамер в основу группировки психопатий кладет следующие признаки: основное настроение, аффективное предрасположение, волевое предрасположение, направленность на себя или на окружающий мир. Н. И. Озерецкий разграничивает: 1) конституциональные психопатии и 2) патологическое развитие личности. М. С. Певзнер выделяет: 1) конституциональные психопатии и 2) органические.

Несмотря на существенное различие каждой из этих перечисленных группировок психопатий, они имеют и нечто общее. Ведущим в большинстве классификаций является синдромологический принцип, который уже давно перестал удовлетворять клиницистов при систематике выраженных психозов, так как он не отображает патогенетической сущности болезни.

Отсутствие патогенетической группировки психопатий объясняется не только недостаточностью наших знаний о патогенезе психопатий, но и большой сложностью симптоматики каждой клинической разновидности, разнообразной по своему генезу. В клинической картине отдельных случаев наряду с основными симптомами всегда наблюдается и ряд добавочных. При недостаточной приспособляемости патологической личности к требованиям окружающей среды и наклонности к неадекватным реакциям возникает еще ряд новых реактивных образований. В тех случаях, когда эти добавочные образования становятся более резко выраженными, они затушевывают основные признаки данной формы психопатий.

У ребенка, только начинающего свой жизненный путь, эти добавочные реактивные наслоения значительно менее резко выражены, и потому в клинической картине более отчетливо выступают основные типичные особенности психопатий. Именно эта элементарность клинической картины у детей дает большую возможность выделить те основные признаки психопатии, которые с большей или меньшей достоверностью могут быть отнесены за счет биологической недостаточности (типа аномалии развития нервной системы). Кроме того, выявить причины возникновения психопатического поведения у ребенка также относительно легче, чем у взрослого человека (см. лекцию 13).

Указанные преимущества изучения психопатий у детей дают основание считать, что именно в детской клинике должна быть сделана первая попытка разрешить вопрос классифи-

кации психопатий на основе патогенетического принципа. Такая попытка предпринята нами при обобщении клинических наблюдений в области психопатий детского и подросткового возраста. *Поскольку патогенетической основой психопатии является тот или другой тип аномалии развития, естественно предположить, что именно этот признак должен служить критерием патогенетической группировки.*

Однако современный уровень наших знаний о типах аномалии развития нервной системы еще недостаточен и не дает возможности полностью разрешить проблему патогенетической классификации психопатий. В настоящее время можно лишь пытаться приблизиться к ее разрешению (в большей или меньшей степени).

Приступая к патогенетической группировке психопатий, необходимо учесть, что формирование того или иного типа аномалии развития зависит не только от качества вредности, тяжести и распространенности вредоносного воздействия, но главным образом от времени, когда оно имело место (в какой стадии онтогенеза нервной системы).

При одном и том же качестве вредности эффект может быть различен не только количественно, но и качественно. При вредоносном воздействии на ранних этапах онтогенеза наблюдаются наиболее тяжелые аномалии развития нервной системы, клиническим выражением которых являются либо различные формы врожденного слабоумия, либо глубокие нарушения темперамента, влечений, инстинктов (нередко имеется сочетание слабоумия с дефектами эмоционально-волевой сферы).

Воздействие той же вредности на более поздних этапах онтогенеза не дает обычно таких грубых аномалий развития нервной системы. Нередко отмечается лишь задержка развития на более ранней возрастной ступени (инфантилизм).

Особый характер имеют те аномалии развития, которые обусловлены патологическими наследственными задатками (или поражением зачатка). Этот тип аномалии развития представляется значительно более сложным, чем предыдущий. Здесь речь идет не столько о задержанном, сколько об искаженном уродливом развитии.

Для формирования типа аномалии развития имеет значение также интенсивность, тяжесть вредоносного воздействия. Тяжелый болезнетворный агент, действующий даже на поздних этапах онтогенеза, одновременно повреждает уже сформированные отделы нервной системы и задерживает развитие тех систем, которые в это время находились в зачаточном состоянии.

Таким образом, в зависимости от времени, качества и тяжести болезнетворного воздействия могут возникнуть различные варианты аномалии развития нервной системы. Тем не

менее при всем многообразии вариантов в конечном счете в клинике наблюдается лишь ограниченное число типов аномалии развития. К таким более часто встречающимся типам аномалии развития нервной системы относятся:

1) задержанное развитие (по типу психического инфантилизма);

2) искаженное (диспропорциональное) развитие нервной системы (и всего организма в целом);

3) поврежденное, «надломленное» развитие в связи с повреждением нервной системы на ранних этапах ее онтогенеза.

Каждый из этих трех типов аномалии развития имеет и свои преимущественные причины происхождения (хотя здесь нет полной этиологической специфичности). Так, патологическая наследственность играет преимущественную роль в происхождении второго типа аномалии развития, тогда как при третьем из названных типов аномалии ее роль несущественна. Основной причиной третьего типа аномалии являются мозговые заболевания, перенесенные на ранних этапах онтогенеза нервной системы. При анализе причин возникновения первого типа также нередко нельзя исключить роль наследственного отягощения. Однако в возникновении этой аномалии внешние вредности играют значительно большую роль, чем во второй группе. Чаще речь идет не о тяжелых, но длительно действующих вредностях, имеющих место во внутриутробном периоде или в ранних стадиях развития ребенка: затяжные инфекционные заболевания, хронические интоксикации, инфекции, следующие «цепочкой» друг за другом, длительные расстройства желудочно-кишечного тракта, голодание, плохие гигиенические условия, неправильное вскармливание и др.

Патогенетическая характеристика каждого из трех типов аномалии развития также имеет свои особенности. Так, для первого типа характерна задержка развития наиболее молодых в эволюционном отношении физиологических отделов нервной системы. При втором типе страдают не только молодые в эволюционном отношении системы головного мозга, но и древние образования. Дисгармоничность развития здесь выступает более резко, чем при первом типе, так как наряду с задержкой развития одних физиологических систем отмечается ускоренное развитие других. Поэтому более резко изменен тип реагирования на раздражители и внешней, и внутренней среды. Третий тип аномалии развития является более сложным по своему патогенезу, чем первые два, так как наряду с задержкой развития тех или других физиологических систем головного мозга здесь всегда имеются те или другие остаточные явления после перенесенного органического мозгового заболевания.

В каждом их этих трех типов аномалия развития может достигнуть различной степени своей выраженности и тяжести. Однако из трех типов аномалии нервной системы относительно более легким следует признать первый — инфантилизм. Дефекты развития здесь не грубы, в патогенезе этой аномалии нет оснований предполагать наличие выраженных структурных нарушений нервной системы. В ее патогенезе наблюдается лишь общебиологическая недостаточность организма, нарушение трофики, дисфункция эндокринной системы. Наиболее выраженные проявления дефектности мозговой структуры наблюдаются при тяжелых вариантах третьего типа аномалии развития. Наряду со структурными нарушениями нервной системы (очаговыми и диффузными) здесь отмечаются также функционально-динамические расстройства крово- и ликворообращения. Аномалии развития второго типа еще более разнообразны. Наряду с тяжелыми вариантами здесь наблюдаются и более легкие (представляющие собой уродливое развитие тех же типов нервной деятельности, которые были описаны И. П. Павловым у здорового человека).

Естественно, что в *зависимости от типа аномалии развития нервной системы неодинаково нарушается весь ход психического развития ребенка.* Поэтому соответственно указанным *трем типам аномалии развития нервной системы* можно выделить *три различные группы психопатий,* отличающиеся друг от друга как по своей клинической картине, так и по патогенетической основе.

Можно предполагать, что в дальнейшем по мере развития наших знаний о патогенетической сущности психопатий в пределах каждого из этих трех типов аномалий развития нервной системы будут выделены еще отдельные варианты. Тем самым будет создана основа для дальнейшей дифференциации отдельных клинических разновидностей психопатии не только по клиническим синдромам, но и по патогенезу.

Прежде чем перейти к описанию клиники и терапии отдельных клинических вариантов психопатии, мы считаем необходимым остановиться более подробно на особенностях каждого из этих трех типов аномалии развития нервной системы, представив краткую клиническую характеристику каждой из трех групп психопатий.

Аномалия развития нервной системы по типу дисгармонического инфантилизма

Понятие «инфантилизм» относится к числу достаточно упрочившихся в современной литературе.

Еще в конце прошлого века ряд авторов обратил внимание на то, что под влиянием инфекций и интоксикаций возникает задержка развития ребенка

на более ранней ступени. Для этих форм Лассег предложил термин «инфантилизм». Им было указано, что при инфантилизме в отличие от карликового роста сохраняется ряд других особенностей, свойственных раннему возрасту ребенка как в физическом, так и в психическом отношении. Более подробно клиническая картина инфантилизма была описана Лореном. Так же как и Лассег, Лорен считал основной причиной возникновения инфантилизма ранние инфекции и интоксикации и назвал его «дистрофическим инфантилизмом». Лорен охарактеризовал клинические особенности дистрофического инфантилизма тремя признаками: тщедушность, грацильность и миниатюрность тела. Лорен обратил внимание на гармоничность этих субъектов, их стройное, грациозное сложение, хрупкий костяк, тонкую, нежную и гладкую кожу. В психике этих субъектов проявляются черты детской наивности и беспомощности.

В дальнейшем, по мере развития эндокринологии, понятие «инфантилизм» значительно расширилось. Был выделен и ряд других форм инфантилизма, обусловленных дисфункцией той или другой эндокринной железы. В клинической картине этих форм черты детской гармоничности часто отсутствуют и отмечается ряд особенностей, специфичных для дисфункций той или другой эндокринной железы (гипотиреоидные, гипогенитальные и гипофизарные формы).

Наряду с общим инфантилизмом (при котором речь идет о сочетании физического и психического инфантилизма) выделяли и ряд форм частичного инфантилизма, при котором страдают лишь отдельные системы. Выделялись формы инфантилизма, связанные с недостаточностью кишечника, печени и почек, с гипоплазией сосудов и др.

К частичному относится также особая форма инфантилизма, при котором на первом плане стоят отклонения со стороны психики, проявляющиеся в не соответствующей возрасту детскости. Эта разновидность инфантилизма, обозначаемая термином «психический инфантилизм», является патогенетической основой первой группы психопатии. По своим клиническим проявлениям психический инфантилизм значительно отличается от других форм инфантилизма. Здесь нет выраженных эндокринных расстройств, как при гипотиреоидном, гипофизарном и гипогенитальном инфантилизме. В отличие от общего инфантилизма лореновского типа, когда в физическом и психическом состоянии ребенка сохраняется в большей или меньшей степени характерная для ребенка гармоничность, при психическом инфантилизме наблюдается выраженная дисгармоничность развития отдельных сторон личности. Поэтому данную форму частичного инфантилизма можно охарактеризовать термином «дисгармонический инфантилизм».

Дисгармонический инфантилизм представляет собой тот тип аномалии развития, который имеет наибольшее значение для клиники. Однако в настоящее время еще недостаточно изучены различные варианты этого типа и их клинические проявления.

Проблема патогенеза дисгармонического инфантилизма также еще не исследована. Недостаточно ясна связь этой разновидности с другими формами инфантилизма. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы решить вопрос, почему

под влиянием длительных инфекций и интоксикаций возникает именно данный тип аномалии развития, а не другой. Высказывается предположение, что вредные влияния в этих случаях действуют на нервную и эндокринную системы (Н. А. Шерешевский). Однако эндокринные нарушения в этих случаях нерезко выражены и не носят характера дисфункций какой-либо одной определенной эндокринной железы. Больше всего данных предполагать здесь какое-то нерезко выраженное плюригландулярное расстройство.

М. Блейлер описал клинические проявления психического инфантилизма под названием «половой инфантилизм». В патогенезе этой формы он склонен придавать большое значение нарушению деятельности половых желез или гипофиза со снижением гонадотропных гормонов. Эта недостаточность может быть первично обусловлена церебрально.

В клинической картине психопатий, развившихся на почве дисгармонического инфантилизма, основным является недоразвитие высших форм волевой деятельности. В своих поступках эти субъекты руководствуются главным образом эмоцией удовольствия, решающим является желание настоящей минуты. В их мышлении есть черты детскости; воображение и фантазия преобладают над логическим мышлением. Эти субъекты эгоцентричны, как дети, неспособны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива.

Однако при наличии у психопатических личностей этой группы какого-то сходства с детской психикой клиническую картину этих форм психопатий нельзя отождествлять с обычным инфантилизмом. Черты детской психики у психопатических личностей этого типа патологически утрированы. Кроме того, у них имеется ряд патологических черт, отсутствующих у здорового ребенка: повышенная раздражительность и лабильность настроения, преобладание грубых эмоций и инстинктов, отвращение к систематическому труду. Поэтому в отличие от гармоничной детской психики психика этих субъектов дисгармонична.

Описывая клинические особенности взрослых субъектов с явлениями полового инфантилизма, Блейлер определяет их психическое состояние как застывание эмоциональной и волевой сферы на детском уровне развития. По мнению автора, наиболее характерным для этих субъектов является отсутствие зрелости и целеустремленности взрослого человека, недостаточная самостоятельность во взаимоотношениях с другими людьми. Эти субъекты неустойчивы в своих эмоциональных связях и жизненных установках. У них отмечается быстрая смена различных эмоций, повышенная внушаемость в сочетании с упрямством. Вместо настоящего сочувствия к другим людям у них отмечается одно только любопытство, они плохо сходятся со сверстниками, друзей находят среди более юных или более старших. Интересы их носят часто фантастический характер. Характерными являются и некоторые особенности их сексуальных влечений: сниженное или чрезмерно повышеное влечение.

Интеллектуально эти дети обычно развиты нормально. По данным нашей клиники, аномалия развития, проявляющаяся в психическом инфантилизме, резко отличается от той, которая лежит в основе типичной олигофрении. Хотя инфантильные дети нередко отстают в школе, но им не свойственны характерные для олигофрении признаки слабоумия. У них страдает главным образом способность к сосредоточению внимания. Они не способны к длительной систематической деятельности и очень быстро пресыщаются ею. Обнаруживая нередко эмоциональную живость, умение быстро ориентироваться, они все же неспособны к творческому синтезу, логические процессы у них протекают на невысоком уровне.

Незрелость нередко отмечается и в соматическом облике этих детей, в их двигательной сфере. Эти лица часто кажутся моложе своих лет, иногда отстают в росте. Бывают нерезко выражены явления гипогенитализма. У мальчиков нередко отмечаются черты женственности. Однако полного соответствия между физическим и психическим складом часто не бывает, черты психического инфантилизма могут быть даже и при преждевременной физической зрелости.

Блейлер указывает, что ему не приходилось наблюдать случаев общего инфантилизма без каких-либо проявлений «детскости» со стороны психики. Наоборот, тяжелый психический инфантилизм может быть и без физического инфантилизма.

К данной группе психопатий может быть отнесен ряд психопатических личностей, описываемых как «неустойчивые», «возбудимые», «жаждущие признания», «истероидные», «псевдологи», «лгуны и фантасты» и др. Однако в каждом конкретном случае в картине психопатии основное отличие выражается не в отдельных синдромах, а в их своеобразном сочетании, в характерной для всей этой группы дисгармоничной незрелости психики (см. лекцию 15).

Второй тип аномалии развития (искаженное развитие)

Второй тип аномалии развития носит черты искаженного, диспропорционального развития, когда тесно переплетается задержка развития одних физиологических систем при чрезмерном и ускоренном развитии других. Здесь речь идет о более диффузной, а иногда и о системной недостаточности. В происхождении этой аномалии развития патологическая наследственность играет относительно бо́льшую роль. Поэтому в отношении именно этой аномалии развития (и обусловленных ею психопатий) чаще применяется термин «патологическая конституция».

Однако понятие «конституция» неодинаково трактуется разными авторами в разное время.

В 20-х годах настоящего столетия, когда господствовала автогенетическая теория о неизменяемости наследственных свойств под влиянием внешних факторов, под конституцией понимали сумму свойств организма, генотипически закрепленных в наследственных задатках. Конституция рассматривалась как нечто неизменное, как «фатум». В течение последних лет все большее внимание уделяется роли внешних факторов в формировании основных свойств организма. Подчеркивается, что наследственные свойства также зависят от внешних влияний, действовавших в предыдущих поколениях. Под влиянием новых, более совершенных методов исследования удалось доказать и трансформацию наследственных свойств в результате внешних воздействий (см. Введение).

Вместе с этим новым пониманием наследственности и изменчивости меняется и понятие конституции. В настоящее время в советских руководствах по общей патофизиологии оно сформулировано следующим образом: под конституцией следует понимать все морфологические и функциональные свойства организма, как унаследованные, так и приобретенные во время онтогенеза в процессе взаимодействия с окружающей средой; свойства, присущие всему организму как целому, достаточно устойчивые и определяющие его реакцию на действие внешних агентов. При таком понимании конституция не является чем-то неизменным и застывшим, она формируется в определенных условиях внешней среды и подвергается изменениям в результате взаимодействия с ней.

Клинические разновидности психопатий, патогенетическую основу которых представляет второй тип аномалии развития, многими авторами рассматриваются как «истинные» психопатии, «конституциональные». Их считают и наиболее частыми в клинической практике. Последнее предположение не оправдывается нашими данными: эта группа психопатий у детей встречается относительно редко. Не оправдывается клиническими фактами и другое положение, рассматривающее роль наследственного предрасположения как нечто «фатальное». В действительности и в этих формах среда и условия воспитания играют очень большую роль в формировании патологической личности.

К этой группе психопатий относят: 1) личности с выраженными расстройствами темперамента, с резкими колебаниями аффективного тонуса — аффективные психопатии (циклотимические личности, конституционально-возбужденные и депрессивные в понимании П. Б. Ганнушкина); 2) аутичные, патологически замкнутые личности, характеризующиеся слабо выраженной потребностью в контакте с окружающим, дисгармоничностью мышления и нередко дефектом волевой деятельности (шизоиды, по терминологии Кречмера и П. Б. Ганнушкина); 3) психастенические личности с навязчивыми состояниями; 4) личности с паранойяльными чертами характера; 5) так называемые эпилептоидные личности.

Для патофизиологического обоснования отдельных вариантов этого типа аномалии развития большое значение имеют исследования И. П. Павлова и его учеников

об общих типах высшей нервной деятельности и типах, специфичных только для человека, проявляющихся в соотношении деятельности двух сигнальных систем. Однако каждая из клинических разновидностей этой группы психопатий ни в коей мере не может рассматриваться только как патологическое заострение того или другого типа высшей нервной деятельности, ибо речь идет о патологическом формировании типа с чертами искаженного и уродливого развития.

Поэтому в клинической картине психопатий этой группы наряду с особенностями, характерными для того или другого типа высшей нервной деятельности, есть и ряд других болезненных признаков, не наблюдающихся у здоровых. Так, в картине проявлений психопатических личностей, обозначаемых термином «аффективные психопатии», которых можно было бы условно отнести к патологическим вариантам сильного типа по И. П. Павлову, наряду с проявлениями высокой активности, повышенной жизнерадостности наблюдается и патологическая гневливость, сварливость, наклонность к аффективным взрывам, к немотивированным колебаниям настроений в форме депрессивных или гипоманиакальных состояний.

У психастенических личностей, которых по клиническим проявлениям можно было бы отнести к слабому общему и мыслительному человеческому типу высшей нервной деятельности по И. П. Павлову, отмечается ряд патологических симптомов: навязчивые состояния, немотивированные колебания настроения, своеобразное сочетание болезненной нерешительности с импульсивностью и ряд других.

Еще более резко выражены патологические особенности варианта слабого типа нервной деятельности тогда, когда речь идет о своеобразных аутичных личностях, характеризующихся нарушением связи с реальностью и малой потребностью в контакте с окружающим (патологически замкнутые личности).

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а психопатии этой группы очень разнообразна и изобилует наиболее сложными психопатологическими синдромами (депрессивные, дисфорические и гипоманиакальные состояния, импульсивность, перверзные влечения и др.). В поведении некоторых больных обращают на себя внимание странности, «причудливость». Несмотря на нормальный, а иногда даже высокий интеллект, они плохо приспосабливаются к жизни и не могут установить правильных социальных взаимоотношений. Некоторые отличительные особенности наблюдаются и в соматическом состоянии патологических личностей этой группы. Часто отмечаются диспластическое телосложение и различные признаки дисфункции той или другой из эндокринных желез.

По степени дисгармоничности и тяжести клинических проявлений клинические варианты второй группы психопатий значительно разнообразнее первой. Наряду с более тяжелыми

формами, имеющими клиническое сходство с психическими заболеваниями, встречаются и более легкие, близкие к крайним вариантам нормы. На эту постепенность переходов психопатии к крайним вариантам нормы указывает Е. А. Попов: «Разнообразные отклонения в смысле слабости, неуравновешенности, инертности, превалирования одной сигнальной системы над другой могут до известного предела еще рассматриваться как крайние варианты нормы, но за определенной границей они уже должны быть квалифицированы как патологические отклонения, представляющие основу психопатии».

Аномалия развития в связи с повреждением нервной системы на ранних этапах ее онтогенеза

Третий тип аномалии развития характеризуется более грубым органическим дефектом в связи с повреждением нервной системы инфекционными, токсическими и травматическими агентами в течение внутриутробного или раннего постнатального периода. Как указано было выше, по сложности структуры дефекта этот тип аномалии развития отличается от первых двух форм. Здесь признаки уклонения в развитии нервной системы сочетаются с симптомами резидуальной церебральной недостаточности в связи с перенесенным мозговым заболеванием.

В детской клинике эта форма аномалии развития нервной системы наиболее часта. Она лежит в основе большинства случаев психопатии у детей и подростков. Однако вопрос о месте этой формы среди других аномалий развития нервной системы является еще дискуссионным. Некоторые авторы высказывают даже сомнение в том, можно ли эти формы рассматривать как аномалию развития, поскольку в этих случаях наблюдается поражение вредными агентами уже более зрелых элементов нервной системы. Для характеристики этих форм предлагается другой термин — «психопатоподобные состояния».

Эти возражения справедливы лишь в отношении тех случаев, когда болезненный процесс начинается в зрелом возрасте. Но они совершенно необоснованы, когда речь идет о развивающемся организме ребенка. Возможность возникновения аномалии развития мозга и после рождения вполне понятна, если учесть, что созревание коры, особенно филогенетически наиболее молодых областей, продолжается и после рождения ребенка.

Как показали исследования Е. П. Кононовой, развитие полей лобной области продолжается и в постнатальном периоде. Ширина коры с возрастом увеличивается, причем в постнатальном периоде это расширение идет более быстро, чем в пренатальном. В первое время после рождения особенно быстро растет ширина поля 10, к 12 годам достигающая 45% (у взрослого общее расширение коры достигает 58%).

Очень интенсивно расширяются и поля 44 и 46. К возрасту одного года они достигают 40—48% и остаются без изменения до $3^1/_2$ лет; затем начинается более постепенное увеличение ширины этих полей, продолжающееся до 7-летнего возраста и дальше. Очень своеобразный скачкообразный рост дает поле 45: в первые месяцы после рождения оно растет очень медленно, затем до года наблюдается резкий подъем роста, сменяющийся незначительным расширением до $3^1/_2$ лет, после чего опять отмечается резкий подъем к 7-летнему возрасту. Развитие отдельных полей идет не только за счет расширения коры, но и за счет дифференциации клеточных элементов и увеличения площади.

Эти факты служат важным аргументом в пользу того, чтобы выделить данный тип аномалии развития нервной системы как самостоятельную форму со своеобразным и более сложным патогенезом. В связи с тем, что в основе третьей группы психопатии лежит более грубая по своей органической основе аномалия развития нервной системы, эту группу психопатий обычно называют «органической».

Клиническая картина психопатий этой группы складывается из различных психопатологических синдромов, наблюдающихся при мозговых заболеваниях (инфекционной, интоксикационной и травматической природы). В зависимости от характера и распространения мозгового заболевания, его тяжести, степени снижения коркового контроля над деятельностью нижележащих инстанций, силы расторможенных влечений и инстинктов отмечаются различные психопатологические синдромы. Форма и тяжесть клинических проявлений часто зависят от характера изменившихся взаимоотношений между корой и подкорковой областью.

В клинической картине могут повторяться отдельные синдромы, отмечавшиеся уже в первой группе психопатий. Однако сочетание этих синдромов и вся клиническая картина в целом резко отличаются от первой группы психопатии. Так, например, синдром неустойчивости, наблюдающийся при органических психопатиях, отличается от такого же синдрома у психопатической личности первой группы. Неустойчивость здесь обычно сочетается с повышенной откликаемостью на внешние раздражители, с эйфорическим настроением, с бóльшим огрубением эмоций, чем в первой группе. Интеллектуальная деятельность у этих детей более резко нарушена, чем при дисгармоническом инфантилизме. При органических психопатиях нет таких характерных для первой группы особенностей, как живость интеллекта, догадливость. Наряду с неустойчивостью нередко отмечается инертность психики, наклонность к персеверативности и повторениям. Значительно чаще, чем в первой группе, наблюдаются аффективные вспышки и агрессивные тенденции. В соматическом состоянии у этих детей чаще имеются аномалии строения черепа (микро- и макроцефалия, гидроцефалия), диспропорция телосложения, отсталость в росте, эндокринные нарушения, но нет характерных для пер-

вой группы признаков детскости, грацильности движений, живости мимики. Мимика у них более однообразна, движения часто неуклюжи. Органические симптомы со стороны нервной системы отмечаются значительно чаще, чем в первой группе. При изучении анамнеза этих больных нередко можно встретить указание на судорожные припадки в раннем детстве, длительное ночное недержание мочи и задержку интеллектуального развития.

Представленную систематику психопатий отнюдь нельзя считать исчерпывающей, ее можно рассматривать лишь как исходную позицию для дальнейших исследований. Если учесть многообразие клинических проявлений психопатии и сложность патогенетических соотношений в каждом конкретном случае, то становится понятным наличие смешанных и переходных форм, не укладывающихся в одну из этих трех групп.

Преимущество данной группировки нам представляется в том, что она приближается к патогенетической и позволяет ближе подойти к пониманию болезненной сущности психопатий и более дифференцированной их терапии. Это преимущество мы стремились продемонстрировать, когда выше указывали на качественное различие синдрома неустойчивости при психопатии, развившейся на почве дисгармонического инфантилизма и органической психопатии. При большом внешнем сходстве симптоматики этих двух клинических разновидностей психопатии они резко отличаются между собой по патогенетической основе (при инфантилизме нет грубых структурных нарушений нервной системы, речь идет лишь о нарушениях общей трофики, расстройстве функций эндокринных желез, тогда как при органических психопатиях наряду со структурными изменениями нервной системы наблюдаются часто расстройства крово- и ликворообращения).

Таким образом, в диагнозах «органическая психопатия» или «психопатия на почве дисгармонического инфантилизма» уже кроется известное понимание болезненной основы психопатического состояния.

Патогенетическими особенностями той или другой формы аномалии развития нервной системы можно отчасти объяснить и особенности дальнейшего т е ч е н и я психопатии. В отличие от синдромологической классификации, когда учитывается только статика психопатий, в предложенной группировке отдельные варианты отличаются между собой и по их д и н а м и к е. Хотя т и п т е ч е н и я психопатии всегда зависит от условий воспитания и окружающей среды, все же степень этой зависимости и характер патологических реакций, наступающих под влиянием неблагоприятной среды, различны в каждой из трех групп. Наиболее резко выражена зависимость течения психопатий от условий среды и воспитания в первой группе —

при благоприятных условиях патологические черты характера здесь постепенно более или менее выравниваются. Психопатические личности второй группы и более тяжелые формы третьей группы менее податливы благоприятным влияниям среды. Однако достигнутые успехи часто бывают более стойкими, чем в первой группе.

Частота психопатий каждой их трех отмеченных выше групп неодинакова. Наиболее частыми в детском и подростковом возрасте являются психопатии третьей группы, так называемые «органические» психопатии. Вторая группа, которая рассматривалась ранее как основная, истинная форма («конституциональные» психопатии), по данным детской клиники, встречается редко. Психопатии первой группы с чертами дисгармонического инфантилизма по своей частоте занимают среднее место.

Возраст ребенка, в котором выявляется психопатия, неодинаков в этих трех группах. Диагноз психопатий первой группы устанавливается главным образом после периода полового созревания. В этих случаях, как и при всех других проявлениях инфантилизма, требуется длительный срок, чтобы исключить наличие только временной задержки, замедленности темпа развития. Отдельные патологические черты характера, обнаруживаемые у детей в допубертатном периоде, должны быть расценены как «предвестники», начальные проявления психопатий с чертами дисгармонического инфантилизма. Диагноз психопатий второй группы («конституциональных») может быть установлен нередко уже в школьном возрасте.

«Органические» психопатии также могут быть распознаны еще в допубертатном периоде.

Дифференциальный диагноз психопатий с другими формами психических нарушений также неодинаков в каждой из этих трех групп. Первую группу психопатий необходимо отграничить от различных форм инфантилизма и от искусственной «инфантилизации» личности под влиянием неблагоприятных условий воспитания и перенесенных соматических заболеваний. Во второй группе требуется дифференциальный диагноз психопатии с так называемыми эндогенными психическими заболеваниями, а в третьей — с процессуальными формами органических заболеваний головного мозга.

Лечебно-педагогические воздействия и профилактические мероприятия также различны в зависимости от группы психопатии, от ее клинических и патофизиологических особенностей.

При выборе лечебно-педагогических мероприятий, медикаментозных средств в каждом конкретном случае необходимо учесть не только ведущие клинические симптомокомплексы, но и особенности патогенетической основы данной клинической

разновидности психопатии. Так, например, при лечении патологической личности с синдромом неустойчивости требуется строго дифференцировать лечебные и лечебно-педагогические мероприятия в зависимости от того, развивается ли этот синдром на фоне дисгармонического инфантилизма или при органической психопатии. Хотя в том или другом случае основным лечебно-педагогическим мероприятием является воспитание ребенка, привитие ему навыков к систематическим занятиям и любви к труду, однако самый метод работы различен в первом и втором случаях. При органической психопатии тренировку способностей к трудовому напряжению следует проводить очень осторожно, так как подросток, страдающий органической психопатией, быстро утомляется, устает, он не может долго работать, тогда как инфантильный психопат не хочет работать, испытывает иногда даже отвращение к труду. Поэтому при органической психопатии требуется очень тщательная дозировка часов занятий; иногда даже следует начинать не с умственного, а с физического труда, который для таких больных легче. Медикаментозные средства также неодинаковы в первом и втором случаях. Если у неустойчивой психопатической личности, чье развитие происходит на фоне дисгармонического инфантилизма, прежде всего необходимо применять средства, стимулирующие развитие, то при органической психопатии необходимо обратить особое внимание на расстройства крово- и ликворообращения, на возможность обострения бывших воспалительных очагов. Соответственно этому наряду со стимулятором надо применять антибиотики и средства, снижающие внутричерепное давлеиие.

В заключение считаем необходимым подчеркнуть, что вопрос о патогенетической группировке психопатии находится еще в начальной стадии своего разрешения и требует дальнейших исследований. Для того чтобы достигнуть положительных результатов в изучении этого вопроса, необходимо коренным образом пересмотреть самый метод изучения психопатии. Статический метод, как показал П. Б. Ганнушкин, не может привести к положительным результатам. Основным в изучении психопатии должен быть динамический метод, так как изменчивость клинических проявлений в зависимости от возрастной фазы и условий окружающей среды — кардинальное свойство всякой психопатии. Психопатическую личность нужно изучать в процессе ее развития и становления, уделяя особое внимание начальным ее проявлениям в детском возрасте. При изучении той или иной клинической разновидности психопатии требуются тщательные клинические наблюдения не только наиболее характерных признаков данной болезненной формы, но и патологических реакций, возникающих у данной личности под влиянием неблагоприятной среды. Чтобы

установить пути происхождения отдельных синдромов, требуется подробный анализ условий социальной среды и воспитания данного лица.

Для разрешения задачи патогенетической группировки психопатии также важно, чтобы каждая разновидность психопатии изучалась как «клиническое целое». Нельзя ограничиться только изучением основных признаков психопатологической картины. Необходимо учесть и все дополнительные, вторичные образования, а также соматические особенности данного болезненного состояния. Для изучения психопатии должны быть использованы существующие методики патофизиологического обследования больных.

Для понимания природы психопатии очень важно знать пути обратного развития патологических проявлений под влиянием лечебно-педагогических мероприятий. Для разрешения вопроса о причинах декомпенсации психопатии и факторах, способствующих восстановлению работоспособности больного, необходим тесный контакт врача и педагога.

Лекция 15

КЛИНИКА ПСИХОПАТИЙ ПЕРВОЙ ГРУППЫ (ЗАДЕРЖАННОЕ РАЗВИТИЕ ПО ТИПУ ПСИХИЧЕСКОГО ИНФАНТИЛИЗМА)

Различные клинические варианты психопатий этой группы имеют одну характерную особенность,— своеобразная, не соответствующая данному возрастному периоду незрелость психики, сохраняющаяся у них нередко и во взрослом состоянии в виде отдельных черт детскости психики, которые мешают им организовать свою трудовую деятельность и правильно построить свои общественные взаимоотношения.

Следует, однако, подчеркнуть, что черты незрелости психики у детей этой группы психопатий патологически утрированы, в клинической картине у них имеется и ряд патологических признаков, совершенно не характерных для психики ребенка. В связи с этим создается та резкая дисгармоничность психических свойств, которая никогда не наблюдается у здорового, гармонически развитого ребенка и подростка. Поэтому термин «инфантилизм» к данной группе может быть применен лишь с указанием на своеобразие данной инфантильной психики, на выраженную дисгармоничность («дисгармонический инфантилизм»).

Патогенетическую основу данной группы следует искать в своеобразии аномалии развития нервной системы (и всего организма в целом), характеризующейся задержкой на более ранней возрастной стадии. Эта задержка развития находит свое выражение в стойком нарушении высшей нервной деятельности, в слабости процесса активного торможения, в относительной слабости коркового контроля над деятельностью подкорковых центров, в преобладании деятельности первой сигнальной системы над второй.

Причины этой аномалии развития нервной системы разнообразны. В части случаев можно предположить значение наследственного фактора (в семьях этих больных нередки случаи инфантилизма, истероидных личностей). Большое значение приобретают внешние вредности. В анамнезе часто отмечаются

патология беременности, досрочные роды, расстройство питания в раннем детском возрасте, болезни желудочно-кишечного тракта, инфекции, приводящие к истощению. Все эти вредности не носят грубого характера и не приводят к грубым структурным нарушениям нервной системы. Речь идет скорее о нарушениях трофики, о дисфункции эндокринных желез, чем об органической церебральной недостаточности.

Специфическим условием развития психопатии этой группы является: неблагоприятная среда, отсутствие надзора и правильного воспитания (ранняя потеря родителей, безнадзорность).

К этой группе психопатий относится ряд клинических вариантов, названных, исходя из синдромологического принципа классификации, терминами: «неустойчивые», «истероидные» или «жаждущие признания», «лгуны и фантасты» или «псевдологи». В эту группу относится и часть «возбудимых», по Крепелину. Грань между этими клиническими вариантами очень нерезкая. В клинической картине каждого из них наряду с общими для всей группы признаками есть и ряд более или менее существенных типичных особенностей для той или другой клинической формы психопатии. Поэтому считаем целесообразным остановиться на каждой из них отдельно.

Психопатические личности типа «неустойчивых»

Клиническая картина психопатий типа «неустойчивых» в своей выраженной форме подробно описана в различных руководствах по общей психиатрии.

Крепелин рассматривает психопатию типа «неустойчивых» как проявление психической незрелости. Основные признаки этой незрелости — недоразвитие высших форм волевой деятельности. У этих лиц, так же как у маленьких детей, отсутствует та сложная мотивизация волевых поступков, которая создается постепенно у развивающейся личности под влиянием окружающей среды и воспитания. При нарушении развития воли не вырабатывается способность сдерживаться, тормозить свои влечения, отказываться от выполнения внезапно возникающих минутных желаний. Отсюда непостоянство, быстрая смена интересов — неустойчивость во всех намерениях, действиях и поступках. Основным мотивом поступков этих лиц является эмоция удовольствия. При отсутствии этого мотива они неспособны к планомерной систематической деятельности. При нормальном, а иногда даже и высоком интеллекте этих лиц их интеллектуальные интересы слабо выражены, деятельность малопродуктивна, они не могут довести до конца начатое, если предоставлены самим себе. Их знания поверхностны, так как они легко схватывают, но мало обдумывают и быстро забывают. В школе на них обычно воз-

лагаются большие надежды, которые не оправдываются в связи с поверхностностью и неустойчивостью этих детей. Педагоги о них говорят, «что они могли бы многое успеть, если бы хотели, но они не хотят».

Эмоции у этих лиц также отстают в своем развитии и имеют много черт, не свойственных данному возрасту, отмечается большая возбудимость и яркость эмоций при недостаточной их глубине и устойчивости. Симпатии к людям у них возникают очень быстро. Они общительны, легко устанавливают дружеские связи. Но привязанности обычно нестойкие. Общественные интересы ограниченные, понимание своих общественных обязанностей у них однобокое, нет чувства ответственности и долга. При недостатке самообладания и повышенной возбудимости наблюдается резкая раздражительность, вспыльчивость. Настроение большей частью веселое, беззаботное и очень лабильное. Они беспечны, как дети, мало думают о своем будущем. По ничтожному поводу возникают тоскливость, страхи.

Наряду с неустойчивостью у некоторых из патологических личностей этой группы наблюдается и повышенная эмоциональная возбудимость, резкая раздражительность, наклонность к аффективным вспышкам. В тех случаях, когда эта неспособность сдерживать свои эмоции достигает резкой степени, клиническая картина психопатии становится сходной с той, которая описана Крепелином под названием «возбудимые». Крепелин подчеркивал, что повышение эмоциональной возбудимости с наклонностью к аффективным взрывам, так же как и неустойчивость, является признаком недоразвития или позднего развития тех высоких психических качеств, с которыми он связывает способность сдерживать себя.

Следует указать, что группа психопатий, описанная Крепелином под названием «возбудимые», неодинакова по своим клиническим и патогенетическим особенностям. Только одна часть патологических личностей может быть отнесена к психопатии с чертами дисгармонического инфантилизма, другая — ближе к органической психопатии. Об органической природе психопатии говорят приведенные Крепелином факты о дефектах развития и физического состояния этих лиц (запоздалая речь и ходьба, судороги в детстве, микроцефалия).

Черты детскости обнаруживаются и в своеобразии познавательной деятельности. При достаточном умении быстро ориентироваться, даже при достаточной наблюдательности и большой находчивости, понимание сложной ситуации остается каким-то односторонним. Логическое мышление поверхностно, суждение примитивно. Как и у ребенка, относительно высока живость воображения. У некоторых отмечается склонность к выдумкам и преувеличению, хвастовству.

П. Б. Ганнушкин, описывая эту же группу психопатий, подчеркивает, что это люди «без глубоких привязанностей, не-

дурные товарищи, часто очень милые собеседники, люди „компанейские", скучающие в одиночестве и обыкновенно берущие пример со своих более ярких приятелей». Он обращает внимание на то, что «только в условиях постоянной опеки организованной среды, находясь под давлением сурового, жизненного уклада или в руках человека сильной воли, не спускающего его с глаз, подобного рода психопат может существовать благополучно и стать полезным членом общества».

По данным Крепелина, прогноз этой формы психопатий у взрослых сомнителен. Бесплановая жизнь, неспособность сдерживать влечения, алкоголизм делают их не приспособленными к общественной жизни. Некоторые из этих больных при тяжелой жизненной ситуации предпринимают попытки к самоубийству, иногда демонстративного характера; другие (чаще женщины) склонны к истерическим реакциям (наблюдаются припадки, обмороки, приступы головокружения).

Необходимо учесть, что данные, приведенные Крепелином, касаются больных с более тяжелыми формами психопатий, направляемых к психиатру.

Однако в большей части случаев прогноз относительно благоприятный. Дефекты поведения с годами выравниваются. Большое значение для дальнейшего течения этой формы психопатий имеют условия среды и воспитания. Гомбургер также указывает, что дальнейшее течение психопатий этой группы неодинаково.

Наряду с теми лицами, которые кончают как антисоциальные субъекты или наркоманы, наблюдаются и другие, которые после 40 лет становятся значительно более спокойными, социально приспособленными.

Если учесть повышенную податливость психопатических личностей с чертами неустойчивости, то станет понятным, как важно рано распознать те патологические формы поведения ребенка, которые могут быть расценены как начальные проявления психопатий этого типа, и своевременно применить необходимые лечебно-воспитательные мероприятия.

Распознавание начальных проявлений психопатий может представить трудности, так как ряд признаков, отмечаемых у психопатических личностей этого типа (неустойчивость эмоций, неспособность к задержкам и к систематическому труду), у детей младшего возраста относится еще к физиологическим явлениям.

Формирование личности происходит очень постепенно. Параллельно с функциональным совершенствованием высших отделов нервной системы в условиях правильного воспитания развивается волевая деятельность. Ребенок постепенно научается различать, что должно делать и что приятно; совершенствуется способность понимания последствий своих

поступков, он привыкает руководствоваться в своей деятельности не только эмоцией удовольствия или страха, но и другими мотивами — чувством долга, обязанности.

К концу дошкольного или к началу школьного периода ребенок уже способен сдерживать себя, тормозить свои желания, подчиняться в своем поведении требованиям дисциплины и окружающего его коллектива. В этом возрасте совершенствуется деятельность второй сигнальной системы, и постепенно она начинает приобретать руководящую роль в поведении подрастающего человека. Поэтому когда признаки резкой неустойчивости эмоций и полной неспособности к задержке обнаруживаются у детей старшего школьного возраста, когда эти проявления достигают достаточно выраженной степени, то возникает подозрение о задержке развития на более ранней ступени. Это подозрение становится более обоснованным тогда, когда резко нарушена приспособляемость ребенка к окружающей среде, когда дефекты поведения мешают ему в выполнении жизненных задач и когда дети плохо уступают обычным воспитательным воздействиям.

В этих случаях патологические черты характера и поведения могут быть расценены как «предвестники», «зачатки» психопатии типа «неустойчивых». Но диагноз «психопатия» еще не ставится до окончания периода полового созревания. Такие патологические формы поведения у детей квалифицируются как подозрительные в смысле возможности дальнейшего развития психопатии (как проявление частичного психического инфантилизма с чертами неустойчивости).

Понятно, что в каждом возрасте проявления недоразвития волевой деятельности и неустойчивости различны. В младшем возрасте (дошкольном) у этих детей на первый план выступает повышенное двигательное беспокойство, непоседливость, суетливость, болтливость. В воспитательном отношении они представляют большие трудности в связи с легкой возбудимостью раздражительностью, капризностью и выраженным эгоцентризмом. Среди этих детей нередко наблюдаются достаточно инициативные, любители командовать. Но их деятельность недостаточно устойчива, они легко вовлекаются в озорство и грубые шалости.

В качестве иллюстрации начальных признаков психопатии с чертами неустойчивости приведем следующее наблюдение (из работы А. Ф. Мельниковой).

Мальчик 6 лет 4 месяцев, из культурной семьи. В санатории находился дважды. В первый раз поступил, когда ему было 5 лет 7 месяцев. Через 3 месяца после выписки поступил вновь.

Отцу 28 лет. Небольшого роста, несколько инфантилен. Матери 32 года, ниже среднего роста. В отношении близких тревожна, мнительна. Одна тетка инфантильного сложения. Мальчик от первой беременности. Роды преждевременные — 7 месяцев. Вес ребенка 2 кг. Раннее физическое развитие нормальное. С 2 месяцев воспитывался в яслях

(отмечалась повышенная возбудимость), с 3 лет — в детском саду; были жалобы, что мальчик чрезмерно суетлив, раздражителен, часто плачет. Из детского сада его возвращали матери через 2—3 недели как трудного в воспитательном отношении. В домашних условиях ни одна няня не могла справиться с мальчиком. Был направлен в санаторий.

Физическое состояние по росто-весовым показателям соответствует своему возрасту; внутренние органы без отклонений от нормы. Нервная система без патологии.

Психическое состояние: крайне непоседлив, движения выразительны, эмоционально насыщены. Мимика подвижная, часто гримасничает, начиная впадать в детский тон речи, складывает губы, поднимает брови, как капризный 3-летний ребенок. Настроение неустойчиво. Периодами в течение дня, а иногда и в течение нескольких дней бывает спокоен, организован, ласков, но чаще резко возбужден, кричит, гримасничает, вносит много шума, неорганизованности. Вступает в конфликты с детьми, требователен, капризен. Среди детей держится независимо, но перед сильными заискивает. Со взрослыми непринужден, развязен и подчеркнуто инфантилен. Болтлив, речь с достаточным запасом слов. Нередко рассказывает о себе небылицы, преувеличивая свои возможности, знания, умения. Детям хвастается, что дома у него есть живой лев, медведь и т. д. Инициатор интересных творческих игр, но активность его быстро преходяща, не умеет задуманного довести до конца, перескакивает с одного на другое, чем вызывает только раздражение детей. При вопросе, кем он хочет быть, выбирает много профессий, но все, что полегче. В конце концов говорит: «Хочу быть лентяем». В занятиях тоже не организован, всегда «выскакивает», отвечает раньше всех, но при углубленных расспросах обнаруживает свою несостоятельность. Изворотлив, находчив, ассоциации богаты, легко усваивает навыки чтения и письма, рисунки красочны и оригинальны.

За время пребывания в санатории мальчик стал значительно спокойнее и организованнее в играх и занятиях.

После выписки уехал с родителями в другой город. Катамнестических данных нет.

Из представленной краткой выдержки из истории болезни явствует, что у мальчика очень рано обнаружились трудности в воспитательном отношении. Уже в ясельном возрасте наблюдалась повышенная возбудимость, двигательное беспокойство. В дошкольном возрасте в поведении мальчика отмечается ряд патологических черт (резкая неустойчивость, неорганизованность в играх и занятиях, чрезмерное фантазирование, колебания настроения и др.). В неправильном поведении ребенка имеется ряд черт, характерных для детей более младшего возраста. Такая несоответствующая возрасту «детскость» проявляется не только в психическом статусе ребенка, но и в особенностях его развития на предыдущих этапах.

Для этих детей характерен относительно медленный темп созревания, они надолго застревают на более ранней стадии развития.

В данном случае причину нарушения развития следует видеть в патологии внутриутробного периода, недоношенности. В клинической картине имеются некоторые особенности, дающие основания подозревать начальные проявления психопатий с чертами дисгармонического психического инфан-

тилизма: неспособность к организованной игровой деятельности, выраженная неохота к труду, чрезмерное фантазирование, наклонность к хвастовству, к выдумкам и лжи с целью приукрашивания себя. Однако все эти патологические особенности поведения ребенка являются лишь «зачатками» психопатии. Дальнейшее их развитие зависит от условий, в которых будет воспитываться ребенок. В подобных случаях основное значение приобретает правильное воспитание. Если этого невозможно достигнуть в семье, то необходимо своевременно поместить ребенка в хорошо организованное лечебно-педагогическое учреждение. При правильно налаженном режиме и соответствующих данному возрасту играх постепенно удается воспитать у ребенка навык к труду и развить у него способность сдерживаться, подчинять свое поведение требованиям режима и детского коллектива. Для лечения этих детей, кроме медикаментозной терапии (бром, препараты кальция) и гидротерапии (теплые ванны), большое значение имеет лечебная ритмика и физическая культура.

При отсутствии своевременно принятых педагогических мероприятий неправильное поведение ребенка может зафиксироваться и усложниться. На последующем возрастном этапе, в школьном периоде, могут возникнуть новые проявления неустойчивости и слабости волевых задержек. При поступлении в школу жизненная ситуация значительно усложняется для ребенка. Перед ним встает новая и нелегкая для него задача приспособиться к требованиям дисциплины и школьного режима. Как и у детей дошкольного возраста, все привлекает внимание этих детей, но ни на чем оно долго не задерживается. Быстро переключаясь с одного вида деятельности на другой, они сразу отвергают все, что требует длительного усилия. В своем поведении, как и дошкольники, руководствуются главным образом желанием данного момента — эмоцией удовольствия.

Для этих детей приемлемы лишь те виды деятельности в школе, которые вызывают у них приятные эмоции и в какой-то мере носят игровой характер. В противном случае они легко бросают работу, становятся суетливыми, двигательно-беспокойными, иногда раздражительными, драчливыми. Отмечается повышенная внушаемость, они легко заражаются примером, поддаются влиянию других детей.

К самостоятельной целенаправленной деятельности они еще неспособны. При всякой деятельности они нуждаются в постоянном напоминании, подбадривании, так как интерес к работе быстро теряется, и они ее бросают. В связи с неусидчивостью и быстрой отвлекаемостью внимания их работоспособность в школе снижена. Даже при хорошей сообразительности, быстроте понимания они не способны к систематической работе, легко пресыщаются, не доводят до конца начатое. По-

этому их знания отрывочны, поверхностны. В школе они нередко числятся в группе неуспевающих учеников.

Будучи неспособными преодолевать затруднения, эти школьники идут по пути наименьшего сопротивления, отказываются посещать школу, пропускают занятия, «прогуливают», попадают в компанию безнадзорных. В подобных случаях правильными педагогическими мероприятиями можно достигнуть значительных успехов. В противном случае картина патологического поведения ребенка осложняется рядом вторичных образований.

Для этих детей решающее значение имеют условия воспитания. При отсутствии домашнего надзора могут возникнуть и антисоциальные проявления.

В качестве примера приведем следующее наблюдение.

Мальчик 13 лет. В семейном анамнезе ничего патологического. Из болезней перенес тяжелый рахит в раннем возрасте и корь в возрасте 5 лет. С раннего детства обращал на себя внимание чрезвычайной подвижностью, шаловливостью, непослушанием. В школе начал учиться с 7 лет. Были жалобы на чрезмерную подвижность, неустойчивость, драчливость. На 3-м году обучения оставил занятия в школе, много времени проводил вне дома. Надзор за ним со стороны семьи был недостаточным. В последующем мальчик был помещен в школу-санаторий.

Физическое состояние: рост не соответствует возрасту; плоская грудная клетка, следы рахита на конечностях и грудной клетке. Голова большая, череп круглый с большими теменными буграми. Кожа тонкая с просвечивающимися венами. Мускулатура слабо очерчена, подкожножировой слой удовлетворителен. Поверхностные лимфатические узлы увеличены. Со стороны внутренних органов систолический шум на верхушке сердца и на легочной артерии. Границы сердца в норме. Со стороны мочеполовой системы односторонний крипторхизм. Со стороны нервной системы органических симптомов нет. Моторная сфера развита хорошо, движения пластичны и ловки, хорошо делает упражнения по лечебной ритмике. Мимика живая, подвижная, всегда адекватна переживаниям. Моча имеет высокий удельный вес (1030), в осадке кристаллы мочевой кислоты. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Психическое состояние: при исследовании много болтает, беспрестанно двигается. Внимание легко привлекается (но не распределено) и легко отвлекается. Установка в работе быстрая, сразу понимает задание, но быстро теряет интерес к работе и в конечном счете ответ часто неправилен. Мышление конкретного типа. Ассоциации быстры, но поверхностны. Характерным является особое «неудержимое любопытство» — всем интересуется, увлекается всем новым, но быстро остывает, за все берется, но не доводит до конца. На занятиях активен, но его чрезмерная подвижность, легкая отвлекаемость, мешающая ему подолгу сосредоточивать внимание, тормозят его продуктивность. Работы его всегда отрывочные, недостаточно систематичны. Настроение неустойчивое: обычно резвый, веселый, он иногда делается раздражительным, вступает в драки с детьми. Временами бывает грубым и циничным по отношению к педагогам, плохо подчиняется режиму. Внушаем, легко поддается влиянию, всегда заражается настроением окружающей его обстановки. Отмечается лабильность эмоций, часто плачет по пустякам, но быстро успокаивается. Со всеми детьми одинаково хорошо сходится, нет избранных товарищей. По своим родным не скучает, в праздники остается в санатории, отказывается идти домой. В школьных занятиях всем одинаково интересуется, но отказывается от любой работы, требующей усилия. Педагоги характе-

ризуют его как ленивого, неаккуратного, небрежного. Охотно работает только в столярной мастерской, но темп работы неровный, требуется подбадривание педагога.

В данном случае речь идет о мальчике с патологическими чертами характера, проявляющимися в недоразвитии высших форм волевой деятельности (частичный психический инфантилизм с остановкой развития на более ранней стадии). Несмотря на хороший интеллект, мальчик не успевает в школе и не может приспособиться к детскому коллективу. Можно предположить, что причиной остановки развития является тяжелый рахит. Большую роль в задержке развития волевой деятельности мальчика сыграли безнадзорность, отсутствие правильного воспитания.

В результате правильного режима, хорошо налаженной педагогической работы мальчик исправился. Он постепенно научился любить труд, стал организованно работать, доводить до конца начатое.

После двухлетнего пребывания в школе-санатории мальчик стал значительно более работоспособным, с большой охотой и усердием работал в столярной мастерской. Его отношения с детьми стали более ровными и дружелюбными. Антисоциальные поступки больше не повторялись. После выписки из школы-санатория окончил семилетнюю школу, поступил в техникум. По окончании техникума был направлен на работу. Дальнейшие катамнестические сведения отсутствуют.

На основании данного наблюдения можно сделать вывод, что черты неустойчивости, лабильности настроения, внушаемости нельзя расценивать как нечто фатально приводящее в дальнейшем к развитию психопатической личности. Как видно из приведенного примера, эти патологические особенности могут постепенно сгладиться, если ребенок будет воспитываться в благоприятной для него среде, в условиях организованного режима труда и достаточного надзора. При неблагоприятных же условиях воспитания может развиться психопатическая личность с чертами неустойчивости.

Для стимуляции развития таких детей и коррекции недочетов в их поведении и работоспособности должен быть предпринят ряд лечебно-воспитательных мер. Учитывая, что основным недочетом является недоразвитие высших форм волевой деятельности, проявляющееся в отрицательном отношении к труду, в неустойчивости стремлений и поступков, в двигательном беспокойстве, основное внимание должно быть уделено воспитанию навыков к систематическому труду. Для снижения двигательного беспокойства используются медикаментозные средства (бром, кальций), гидротерапия (теплые ванны и души), лечебная физкультура и ритмика.

Большое лечебное значение имеет правильный режим, построенный на регулярном чередовании труда и отдыха, и ра-

циональная постановка педагогической работы, прививающая не только интерес к интеллектуальной работе, но и умение самостоятельно ее выполнять.

Для воспитания правильных социальных навыков ребенка, для борьбы с его эгоцентрическими установками, с его неумением подчинить свое поведение требованиям коллектива большое значение имеет его включение в коллективные формы деятельности.

Динамика клинических проявлений этой формы психопатий зависит также от возрастной фазы. Ухудшение работоспособности и поведения нередко связано с началом пубертатного периода. При отсутствии организованной среды и правильного воспитания в отдельных случаях наблюдается ухудшение состояния в пубертатном периоде. С началом полового созревания, с повышением сексуальных влечений подростки становятся более грубыми, циничными, раздражительными. У девочек усиливаются колебания настроения. В связи с повышенной жаждой удовольствий и приключений они легко соскальзывают на антисоциальный путь. Но и в пубертатном периоде динамика патологических сдвигов в характере подростка находится в большой зависимости от жизненных условий. При включении в трудовую деятельность, соответствующую интересам подростка, они делаются более спокойными и целеустремленными. Большое положительное значение приобретает организованная воспитательная работа с подростками, так как в этом возрасте особенно большое значение приобретает влияние коллектива. Под влиянием примера хороших товарищей подростки охотнее включаются в общественно полезную деятельность, в то же время способность сдерживаться у подростка лучше всего вырабатывается в труде. Благодаря положительному влиянию пионерской и комсомольской организации у подростка развивается общественное сознание. Наоборот, в плохой компании они легко становятся сексуально-распущенными, начинают приучаться к алкоголю. В связи с последним постепенно нарастает огрубение эмоций, еще более ослабляется способность сдерживаться, возникает выраженная картина психопатий типа «неустойчивых».

Патологические реакции на неблагоприятную ситуацию у детей и подростков с чертами неустойчивости возникают сравнительно часто и проявляются обычно в ухудшении поведения. Дети и подростки становятся более грубыми, озлобленными, раздражительными; наблюдаются резкие аффективные вспышки, иногда с агрессией в отношении к окружающим. Значительно реже возникают астенические и депрессивные состояния с суицидальными мыслями. Последние чаще наблюдаются у девочек. Одной из форм патологических реакций, особенно характерной для неустойчивых личностей,

является уход из трудной для ребенка жизненной ситуации — побег из дому или школы. При неудаче в школе (плохая успеваемость), при наказаниях дома за плохие отметки ребенок убегает из дому, проводит все дни на улице, ночует на чердаках, через несколько дней возвращается самостоятельно или приводится милицией. В дальнейшем эти побеги повторяются иногда и без достаточного повода. Иногда стимулом к побегам служит повышенный интерес к новым впечатлениям, жажда приключений. В дальнейшем наклонность к побегам закрепляется по механизму патологически упрочившейся условной связи. Побеги приобретают характер неодолимого влечения к бродяжничеству.

Реакции у неустойчивых детей могут проявляться и в форме патологического фантазирования, лживости. Под влиянием устрашающих рассказов у этих детей легко возникают страхи (чаще ночные). Такие дети часто невыносливы к физической боли и во время лечебных процедур (внутривенные вливания, другие инъекции) впадают в обморочное состояние. Под влиянием трудной жизненной ситуации в отдельных случаях наблюдались сумеречные состояния (чаще у девочек).

У детей младшего возраста патологические реакции проявляются в элективном мутизме, заикании, энурезе, привычной рвоте.

Длительное наблюдение за детьми, обнаруживающими предвестники психопатии с чертами неустойчивости, показывает, что в громадном большинстве случаев эти патологические черты могут быть корригируемы при наличии хорошо налаженной педагогической и воспитательной работы. По нашим клиническим наблюдениям, собранным в специальной школе-санатории, у большей части детей, обнаруживающих черты неустойчивости, в дальнейшем отмечается улучшение.

Омрачает прогноз лишь возможность рецидивов. Поэтому для таких детей требуется длительное лечебно-воспитательное воздействие. В тех случаях, когда не удается добиться положительных результатов в условиях семьи, необходимо поместить ребенка в специальную школу-интернат. Эффект лечебно-педагогического воздействия зависит и от своевременности лечения. Чем раньше обращено внимание на проявления неустойчивости и неспособности к организованной деятельности, тем выше положительные результаты лечебно-воспитательной работы. Привитие навыков трудовой активности уже в первые годы жизни является одним из основных путей рационального воспитания личности и у здоровых детей. При наличии признаков неустойчивости и недоразвития высших форм волевой деятельности такой метод воспитания приобретает особенно большое значение, а в отдельных случаях он является решающим.

Для того чтобы выбрать наиболее рациональный для данного больного метод лечебно-педагогического воздействия, очень важно выяснить причины патологического поведения ребенка и помочь семье в организации правильного режима для ребенка. Врач, курирующий ребенка, должен разъяснить педагогическому и медицинскому персоналу лечебно-педагогического учреждения, чтó лежит в основе патологического поведения ребенка в каждом конкретном случае.

Вопросы дифференциального диагноза и терапии этих детей будут освещены в последующих лекциях после того, как будут представлены клинические особенности других вариантов психопатий этой группы.

Лекция 16

КЛИНИКА ПСИХОПАТИЙ ПЕРВОЙ ГРУППЫ

(Продолжение)

Истероидные личности и псевдологи

Второй клинический вариант — психопатические личности, «жаждущие признания» или «истероидные» психопатии — занимают центральное место в группе психопатий с чертами дисгармонического инфантилизма. В клинических проявлениях этой формы психопатий еще более отчетливо, чем в предыдущей, видна дисгармоничность развития отдельных сторон личности при наличии выраженных признаков несоответствующей возрасту детскости.

Причины происхождения второго клинического варианта психопатий, так же как и первого, разнообразны (недоношенность, нарушения питания, ранние инфекции и др.), но здесь гораздо чаще в семейном анамнезе отмечается патологическая наследственность в форме различных проявлений истерии. Характерным для этого клинического варианта в отличие от предыдущего является значительное преобладание женского пола.

Патогенетической основой данного варианта психопатий, так же как и первого, является аномалия развития нервной системы в форме частичного инфантилизма. Как и у неустойчивых психопатических личностей, при этой форме имеется патологическое формирование типовых особенностей нервной системы. Речь идет о слабом типе с недостаточной силой корковых процессов. В патофизиологической основе этой клинической разновидности психопатий значительно более отчетливо, чем у неустойчивых личностей, выступает доминирование подкорковой деятельности и резкое преобладание первой сигнальной системы над второй. У этих лиц нередко наблюдается наклонность к возникновению гипноидных фазовых состояний.

Эти патогенетические особенности находят свое клиническое выражение в недостаточности высших форм волевой дея-

тельности. Неспособность к длительному напряжению, отрицательное отношение к систематическому труду являются характерными признаками и для этой формы психопатий. Неустойчивость эмоций и лабильность настроения, повышенная внушаемость, наклонность к фантастическим вымыслам и лжи выражены здесь еще более резко, чем у неустойчивых психопатических личностей. Однако основной симптом в клинической картине этих форм — резкий эгоцентризм, стремление выдвинуться, занять первое место. Наиболее характерные черты этих психопатических личностей проявляются в ненасытной жажде признания. Отсюда и название, предложенное для этой клинической формы: психопаты, *«жаждущие признания»* (Шнейдер).

При столкновении с жизненными трудностями — при резком противоречии между их желаниями и возможностями — у психопатических личностей этого типа легко возникают истерические реакции. Поэтому многие авторы справедливо называют данную форму психопатий *«истерической»* или *«истероидной»* (как уже указано было в лекции 6, у лиц, обнаруживающих истерические реакции, нередко можно отметить своеобразные патологические черты характера — резкий эгоцентризм, жажду признания, наклонность к позе, театральности и др.). Эти лица капризны и неустойчивы, их чувства поверхностны, привязанности непрочны, интересы неглубоки. Они ищут всегда легкой, привольной жизни, не способны к длительному напряжению.

Если они проявляют упорство, то только для того, чтобы обратить на себя внимание. Основным стимулом их деятельности является желание выдвинуться, достигнуть в чем-нибудь превосходства перед другими, поставить свою особу в центре внимания. Им недоступно то удовлетворение, которое испытывает зрелый человек от сознания своей полезности другим людям, чувство ответственности перед обществом. Эта своеобразная незрелость личности в форме чрезмерного эгоцентризма и относительной слабости общественных эмоций у взрослых, которую можно охарактеризовать термином «социальная незрелость», делает психику этих лиц похожей на детскую. Но в отличие от здоровой детской психики все эти черты у них утрированы и носят патологический характер.

По мнению П. Б. Ганнушкина, в поведении этих лиц всегда преобладает неестественность и фальшивость. «Каждый поступок, каждый жест, каждое движение рассчитаны на зрителя и на эффект. Они обязательно хотят быть оригинальными и не отказываются ни от какого средства, чтобы привлечь к себе внимание». Характерная для психопатических личностей дисгармоничность психики проявляется прежде всего в противоречивости их поведения. «Истерик, крайне тонко и остро воспринимая одно, остается нечувствительным

к другому,— писал П. Б. Ганнушкин.— Добрые, мягкие в одном случае, они обнаруживают полнейшее равнодушие, эгоизм — в другом».

При вполне сохранном интеллекте в их восприятиях окружающей обстановки и суждениях есть много своеобразного, обусловленного недостаточным чувством реального. П. Б. Ганнушкин подчеркивает, что «внешний мир для человека с истерической психикой приобретает своеобразные причудливые очертания; объективный критерий для него утрачен, и это часто дает повод окружающим обвинять истеричного в лучшем случае во лжи и притворстве». Эмоции играют чрезмерную роль и в самом акте восприятия. Все, что окрашено сильной эмоцией, воспринимается очень отчетливо и надолго фиксируется, другие восприятия не оставляют длительного следа.

В детском возрасте *распознавание* истероидной психопатии представляет известные затруднения. Однако при более тщательном изучении анамнеза истероидной психопатии у взрослого можно нередко найти указания, что уже в младшем возрасте они обнаруживали трудности в воспитательном отношении. Они были очень капризны, непослушны, любили играть командную роль и проявляли агрессию, если им это не удавалось. Отмечалась большая неустойчивость настроения.

При поступлении в школу эти дети плохо уживаются в коллективе, так как не умеют сочетать свои интересы с интересами других и всегда стремятся занять первое место, не терпят, чтобы в их присутствии хвалили кого-нибудь. Болезненно повышенные эмоции у этих лиц получают чрезмерно большое значение в регуляции их поведения. При хорошем интеллекте они неплохо успевают в школе, но знания их поверхностны, интересы непостоянны. Некоторые из этих детей обнаруживают интерес к участию в драматических кружках, занятиям по ритмике. Движения их легки, пластичны, у них есть чувство ритма. На вопрос: «кем ты хочешь быть, когда вырастешь», многие из них отвечают: «артисткой», но у них нет настойчивости, чтобы достигнуть желаемого.

Очень отчетливо выступает в поведении этих детей характерное для истероидной психопатической личности отсутствие резкой грани между воображаемым и действительным. У них часто отмечается наклонность к выдумкам и лжи. Н. И. Красногорский и его ученики доказали экспериментальным путем недостаточность чувства реального у этих детей. Но при трактовке этих проявлений как патологических требуется большая осторожность, так как нечеткость грани между действительным и воображаемым у ребенка младшего возраста определяется еще физиологически.

Более выраженными признаки психопатии истероидного типа бывают в пубертатном периоде. Поэтому диагноз

психопатии истероидного типа с большей или меньшей достоверностью можно поставить только в период полового созревания или по окончании его. У детей в допубертатном периоде при наличии отдельных патологических черт, характерных для истероидной личности, следует формулировать диагноз: «психический инфантилизм, истероидные черты характера». Отмечающиеся у этих детей черты истероидной психики, как капризность, резкий эгоцентризм, повышенная лабильность настроения, правильнее расценить как «предвестники» истероидной психопатии.

В тех случаях, когда эти «предвестники» более резко выражены, необходимо продолжить наблюдение за ребенком и подростком и предпринять соответствующие меры лечебно-педагогического воздействия.

Собранные нами катамнестические данные позволяют утверждать, что лишь у небольшой части детей, у которых обнаруживаются явления психического инфантилизма, может развиться истероидная психопатия. Прогностически неблагоприятным признаком в смысле возможности развития истероидной психопатии является раннее возникновение черт дисгармоничности психики, повышенных влечений, резко выраженного эгоцентризма, грубости, а иногда и озлобленности в отношении окружающих. Дети плохо уживаются с детским коллективом в связи со своей повышенной аффективностью, завистливостью, наклонностью к сплетням и интригам. Они очень ревнивы и проявляют агрессию в отношении тех, кого ревнуют. Наряду с повышенной внушаемостью они обнаруживают и большое упорство при выполнении задуманной цели. Нередко отмечается наклонность к выдумкам и лжи с целью показать себя в лучшем свете. Повышенная раздражительность, сварливость, наклонность ко лжи и обманам делают этих подростков более трудными в воспитательном отношении. Однако, когда удается найти для них занятие, соответствующее их интересам, состояние их значительно улучшается. При разумном воспитании, когда удается переключить их узкие эгоцентрические интересы на общественно полезное дело, многие из них значительно выравниваются и лучше уживаются в коллективе. Лечебно-воспитательные мероприятия должны проводиться длительно, иначе достигнутые результаты бывают нестойкими.

Девочка 11 лет. В семье отца энергичные, настойчивые по характеру люди. Прадед по отцу психически больной, у матери и у бабушки девочки истерические черты характера. По боковой линии у дяди маниакально-депрессивный психоз. У матери было три беременности. Данная больная вторая по счету. Родилась в срок. Физическое развитие правильное. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Девочка с самого раннего возраста очень впечатлительна, возбудима, вздрагивала при малейшем шуме. Раздражительна, капризна, настойчива. С 2 лет забавляла окружающих своими фантазиями и вымыслами. В детском саду были жалобы

на плохое поведение девочки, сварливость, упрямство; в 4 года после ссоры с подругой отказалась посещать детский сад. С 6 лет замечается стремление ребенка обратить на себя внимание. Не терпела противоречий, в ответ на них наблюдались аффективные вспышки: била младшего брата и бабушку. В школу поступила 8 лет, не подчинялась дисциплине, не уживалась с товарищами и педагогами. Педагоги отмечали у девочки наклонность к преувеличению и искажению фактов: называла педагогов «извергами» и выдумывала, что ее «педагоги избивают».

Помещена в школу-санаторий. Здесь однажды у больной наблюдался приступ сильного эмоционального возбуждения после того, как дети случайно убили ее птичку. Больная начала неистово кричать, метаться из угла в угол, громко хохотать, кататься по кровати с криком: «Здесь все убийцы и воры! Мамочка, не будь злой и возьми меня!» Вздрагивала всем телом, успокоилась только через полчаса, после чего спокойно заснула.

Резких аффективных вспышек больше не отмечалось.

Физическое состояние: небольшая отсталость в росте, внутренние органы в норме. Признаки органического поражения нервной системы отсутствуют. Во время школьных занятий вначале производила впечатление много знающей, но после наблюдения оказалось, что знания ее не систематизированы, поверхностны; переоценка ее знаний объяснялась большим запасом слов. Девочка отличается резко выраженным эгоцентризмом, всегда хочет быть первой, держится особняком, стараясь в то же время привлечь к себе внимание детей и взрослых. Обладает богатством фантазии, часто преувеличивает и искажает факты. Реакции ее неадекватны раздражению: ее выразительные движения очень бурные, она или приходит в восторг от малейшей похвалы, причем краснеет, глаза блестят, хлопает в ладоши, прыгает, или горько плачет от незначительной неприятности, начинает метаться, нервно сосет палец. Интеллект хороший. Внимание неустойчивое. Движения быстры и ловки, пластичны, мимика живая. Обладает сценическим дарованием, любит уроки театрального искусства.

В школе-санатории девочка пробыла год. Научилась более систематически работать; достигнуты некоторые успехи и в школьных занятиях. Однако основные черты характера (резкий эгоцентризм, желание быть всюду первой, жажда похвалы и признания) остались.

В данном наблюдении отмечается ряд клинических особенностей, характерных для истероидной психопатии: резкий эгоцентризм, ненасытная жажда внимания, наклонность к выдумкам и преувеличениям. В поведении наблюдается характерная для этих субъектов противоречивость: большая настойчивость в достижении поставленной цели, связанной с желанием привлечь к себе внимание, наряду с неспособностью к напряжению, когда речь идет об обычной систематической работе. При большой яркости аффективной жизни — обилии выразительных движений — эмоции поверхностны и неустойчивы. Кроме себя, девочка никого не любит. Несмотря на хороший интеллект, богатую речь, успеваемость в школе невысока, суждения поверхностны, умозаключения часто неправильны. Все эти клинические факты дают основание предположить психопатию истероидного типа. Однако, учитывая возраст больной — препубертатный период, мы считали более правильным выписать ее с диагнозом психический инфантилизм, истероидные черты характера («угрожаемые» в смысле развития истероидной психопатии).

Как показывают наши наблюдения, такого рода резкие изменения в поведении подростков наступают обычно в пубертатном периоде. Нередко по окончании этого периода подросток становится более спокойным и уравновешенным, более устойчивым в своих стремлениях и поступках. Расширяется его общественное самосознание, его легче включить в трудовую, коллективную деятельность. Однако бывает и ухудшение состояния, усиливаются расстройства настроения, повышается раздражительность, подростки становятся более грубыми, распущенными, у некоторых отмечается повышенная сексуальность.

Клиническим примером, иллюстрирующим ухудшение состояния в пубертатном периоде, может служить следующая история болезни.

Девочка 14 лет. Отец был служащим, умер, когда девочке было 2 года; мать учительница. До 13 лет развивалась нормально, но отмечалась легкая возбудимость, лабильность настроения. Сверстницами была нелюбима за эгоцентризм, стремление властвовать, всегда играть первую роль. Предпочитала общество мальчиков. С 13 лет — бурный рост, начало менструаций. С этим периодом совпадает переезд семьи в другой город, изменивший жизненные условия девочки к худшему. В характере девочки наступают резкие изменения. Она становится повышенно сексуальной, ищет знакомства с мальчиками, все ее интересы — в сфере любовных приключений. Проявляется необычная лживость. Будучи недовольна своим положением, придумывает небылицы о своей семье и рассказывает, что ее мать актриса, что она сама училась в балетной школе и т. д. Интересы высшего порядка исчезают, уступая место любопытству, интриге, сплетням. Выдумывает всякие небывалые истории, порочащие людей, которые работают вместе с матерью, ссорит их между собой. Неохотно посещает школу, предпочитает проводить время в праздности, в хождении по знакомым, подругам, вечерами бывает в кино, возвращается поздно. С матерью груба, непослушна, мать бессильна что-либо изменить в желаниях и решениях дочери. Интересы девочки направлены на самоукрашение, веселое времяпрепровождение. Она хочет легкой жизни, мечтает выйти замуж за «богатого» и неуклонно идет по пути завоевания «легкой и богатой» жизни доступными ей средствами.

Необходимо подчеркнуть, что в этом случае ухудшение поведения подростка объясняется не только бурно протекающим периодом полового созревания, но также изменившимися условиями жизни.

Характерной особенностью этой клинической разновидности психопатий является относительная частота *патологических реакций*, особенно в *переходные возрастные периоды*.

Повышенная лабильность, постоянное желание выдвинуться, быть больше, чем есть на самом деле, несоответствие между желанием и действительностью — все это источник конфликтных переживаний. На всякую жизненную неудачу такие дети часто дают количественно и качественно неадекватные реакции, в картине которых отмечаются характерные признаки истерии.

Мальчик 14 лет. С самого раннего возраста капризен, двигательно беспокоен. В дальнейшем обнаружил повышенную возбудимость эмоций, резкий эгоцентризм, неустойчивость настроения, внушаемость. В 12-летнем возрасте после тяжелого переживания (разлука с отцом, которого он очень любил) отмечалась патологическая реакция в форме длительного истерического сумеречного состояния со стремлением бежать куда-то далеко к отцу, со слуховыми галлюцинациями («отец зовет»). В школе-санатории в течение первых 2 недель почти ежедневно повторялись такие же сумеречные состояния. Мальчик стремился нанести себе повреждения. В дальнейшем эти приступы прекратились. В психическом состоянии его отмечалась не соответствующая возрасту детскость в поведении при хорошем интеллекте, острой наблюдательности, быстрой сообразительности. Настроение было очень неустойчивым, часто плакал. В дальнейшем стал значительно ровнее, спокойнее; стал общителен, доступен, дружелюбен, охотно занимался в классе. Особенно любит уроки драматического искусства и ритмики, обнаруживает сценические данные, хорошее чувство ритма. Был выписан в хорошем состоянии. По данным катамнеза через 25 лет, здоров, уравновешен, отмечается лишь неустойчивость настроения. Художественно одаренный человек, работает в качестве режиссера.

В более тяжело протекающих случаях с часто повторяющимися патологическими реакциями клиническая картина психопатии все более усложняется, и постепенно формируется психопатическая личность с характерной для истерии дисгармоничностью и противоречивостью поведения.

П р е д с к а з а н и е о дальнейшем пути развития истероидной личности всегда зависит от того, насколько успешно пойдет перевоспитание, переключение интересов и целенаправленности от узкоэгоцентрического восприятия всего окружающего к более широкому мировоззрению, позволяющему осознать себя как члена коллектива. Такое перевоспитание требует обычно не только большой творческой совместной работы врача и педагога, но и длительного времени. Успех, достигнутый путем упорной лечебно-педагогической работы с подростком, может быть нестойким, если лечащий врач одновременно не проводит постоянной работы с родителями и педагогами. Важнейшим условием эффективности перевоспитания является выработка привычек к систематическому труду с учетом интересов и возможностей (способностей) подростка.

В тех случаях, когда черты неустойчивого поведения выражены очень резко, неспособность к задержке и к систематической работе достигают выраженной степени, а воспитательные меры, проведенные в семье и школе, не дают результатов, ребенка или подростка необходимо поместить в специальное лечебно-педагогическое учреждение — в школу-санаторий с интернатом.

Как показывают собранные нами катамнестические данные о детях с начальными признаками психопатии, явлениями неустойчивости поведения и истероидными чертами характера, пребывание в школе-санатории в большинстве случаев

дало хороший эффект. Стойкость эффекта зависит, конечно, от тех условий, в которых в дальнейшем протекает жизнь этих людей.

Психопатические личности с ведущим синдромом псевдологии (лгуны и фантасты)

В группе психопатий с чертами дисгармонического психического инфантилизма можно выделить еще и третий клинический вариант — так называемых псевдологов или лгунов и фантастов. Эта форма психопатий встречается сравнительно редко и многими авторами рассматривается не как отдельный вариант, а лишь как одна из разновидностей истероидных психопатических личностей («жаждущих признания»). П. Б. Ганнушкин называет их «патологическими лгунами» и относит к группе истерических характеров. Действительно, в клинической картине этих форм, как и у психопатических личностей, «жаждущих признания», отмечается повышенный эгоцентризм, желание казаться больше, чем они есть на самом деле. В то же время в клинической картине этого варианта психопатий значительно более резко выражены, чем у «жаждущих признания», признаки чрезмерной возбудимости воображения, наклонность к выдумкам и лжи, к патологическому фантазированию. По мнению П. Б. Ганнушкина, их отличие от истерических психопатий в том, что лживость у них заслоняет все остальные черты личности. Псевдологи более активны, чем истерики, в стремлениях воплотить в жизнь свои фантастические построения. Они очень упорны в своей патологической деятельности и поэтому чаще вступают в конфликт с законом.

Клиническая картина психопатических личностей типа псевдологов, лгунов и фантастов изучалась различными авторами у взрослых [Дельбрюк (Delbrük), П. Б. Ганнушкин, Крепелин, Шнейдер] и у подростков (Л. С. Юсевич). Основным признаком псевдологов все авторы считают чрезмерно возбудимое воображение. Они рассматривают этот признак как проявление психической незрелости, как своеобразную задержку развития на ранней ступени. «Самой роковой их особенностью является неспособность держать в узде свое воображение»,— писал П. Б. Ганнушкин.— При их страсти к рисовке они совершенно не в состоянии бороться с искушением использовать для этой цели легко возникающие у них богатые детали и пышно разукрашенные образы фантазии. Отсюда их непреодолимая и часто приносящая им колоссальный вред страсть к лганью. Лгут они художественно, мастерски, сами увлекаясь своей ложью и почти забывая, что это ложь». Однако характер лжи у псевдологов неодинаков в различных случаях.

У одних субъектов лживость носит бесцельный характер, они лгут наивно, как дети, только бы поразить воображение собеседника. Гораздо чаще ложь имеет определенную цель — самоукрашения и самовозвеличения. Они придумывают всякие небылицы о своем высоком происхождении, о своих родителях, о своих геройских поступках. Очень часто ложь носит явно утилитарный характер, имеет своей целью добиться материальной выгоды, особого положения. Основным мотивом всех их поступков является желание выдвинуться среди других. При реализации своих вымыслов они обнаруживают не только упорство, но и находчивость.

Патологическую наклонность к вымыслам и лжи Крепелин также рассматривает как проявление частичного инфантилизма. Наиболее характерна для таких психопатов, по его мнению, «беспланововость воли», неустойчивость. Их мышлению, пишет Крепелин, не хватает планомерности, порядка и связности, суждениям — зрелости и обстоятельности. А всему их восприятию жизни — глубины и серьезности. В их поведении нет моральной устойчивости. Привязанности их неглубоки, они не завязывают прочных отношений с людьми, так как любят только самих себя. Им чуждо чувство ответственности и долга.

Крепелин подчеркивает, что параллельно с созреванием личности эти психопатические проявления стихают. В возрасте старше 40 лет такие личности наблюдаются редко.

Наклонность к фантазии, выдумкам, а иногда и лжи относительно часто бывает в детском возрасте. Поэтому распознать данную форму психопатии у ребенка в допубертатном периоде обычно трудно. Для детей особенно характерно пристрастие ко всему фантастическому, любовь к сказкам, придумывание особых, далеких от действительности ситуаций. Как было уже указано выше, грань между действительным и воображаемым у детей не такая резкая, как у взрослых. По мере развития логического мышления, практической деятельности и жизненного опыта эта любовь к сказкам, приключениям, ко всему фантастическому постепенно у ребенка отступает на второй план. Поэтому наличие стойкой наклонности к вымыслам и лжи, сочетающейся с резко выраженной неустойчивостью волевых задержек у детей школьного возраста, должно привлечь к себе внимание психиатра. Эти проявления дают основание предполагать замедленный темп созревания.

Нам приходилось наблюдать детей школьного возраста (старше 10 лет) с наклонностью к патологической лживости и вымыслам, резким отставанием логического мышления и чрезмерным развитием воображения. Эти дети характеризуются очень живой эмоциональностью при большой поверхности эмоций, неспособностью к длительному напряжению.

Они любят все новое, необычное, но неспособны к длительному усилию, быстро пресыщаются и не заканчивают начатой работы. Такие дети эгоцентричны, любят внимание, жаждут признания, стремятся играть какую-то роль в коллективе. Если их желания не выполняются, часто испытывают чувство неполноценности. Ложь часто носит утилитарный характер; цель ее избавиться от наказания, привлечь к себе внимание родных или товарищей. Предметом патологических фантазий у этих детей часто является осуществление неисполненных желаний. Например, девочка 12 лет, воспитывавшаяся в детском доме, так как рано потеряла родителей, рассказывает своим подругам о том, что ее родные жили в прекрасном доме, очень ее баловали, одевали только в шелковые и бархатные платья. Мальчики часто фантазируют о своих героических подвигах, при этом часто приписывают себе неблаговидные поступки, чтобы показаться храбрыми, сильными и смелыми. Так, мальчик 15 лет рассказал своим родителям, что он вместе с другими участвовал в ограблении богатого дома. Мальчик 12 лет, физически слабый, тяжело переживающий свою двигательную недостаточность, рассказывал товарищам, будто он вместе с другими мальчиками участвовал в нападении на детей из соседнего дома. Характерным для патологической фантастики является и то, что дети и подростки в конце концов начинают верить в правдивость своих фантазий и соответственным образом ведут себя.

В пубертатном периоде нередко отмечается наклонность к повышенному фантазированию, сочетающаяся со стремлением к самоутверждению, к самопоказу, желанием казаться больше, чем есть. Эти подростки очень легко идут по пути обмана, лжи, придумывания всяких небылиц, чтобы показаться каким-то особенным «героем». И в этих случаях, обусловленных более тяжело протекающим пубертатным периодом, симптомы патологической фантастики являются обратимыми.

Резко выраженные проявления патологической лживости, которые можно расценить как психопатии с синдромом псевдологии, и у подростков все же встречаются редко.

Клиническая картина псевдологии у подростков была описана Л. С. Юсевич. Автор приводит пять клинических наблюдений подростков. Наиболее характерно для них стремление к признанию, лживость и фантазерство, причем стремление к признанию у каждого из наблюдавшихся подростков проявляется по-своему. Один из них, более примитивный, использует это с утилитарной целью, чтобы лучше устроиться в жизни; другие говорят о своих «геройствах» с единственной целью быть в центре внимания. Однако общее у всех то, что они хотят казаться больше, чем есть и чем могут быть на самом деле.

Автор считает, что наиболее характерным для них является нежелание и неумение заняться какой бы то ни было работой, подчиниться режиму. Иногда даже имеется отвращение к упорядоченному, организованному, систематическому труду. Наряду с этим у них наблюдаются и черты повышенной возбудимости, неустойчивости, невыносливости, свидетельствующие о неполноценности нервной системы.

Клиническим примером психопатии с синдромом псевдологии может служить следующая история болезни (из работы Л. С. Юсевич).

Девушка 16 лет. При поступлении поведение правильное, несколько подавлена, жалуется на нервность, говорит, что у нее «мания врать». Жалоб на соматическое нездоровье нет. Все последующие сведения давала сама исследуемая, так как ее семья жила в другом городе. Отца потеряла рано и о нем и его родных ничего сообщить не могла. Мать, 50 лет, очень общительна, неустойчива, часто меняет службу, все быстро надоедает, фантазерка, играет в любительских спектаклях. Из трех братьев один молчалив, угрюм, застенчив, двое других общительны, веселы, неустойчивы. Любят покутить, выдумывают всякие небылицы, в которых отводят себе первые роли. Две старшие сестры неустойчивы, из них у одной частая смена настроения.

О раннем развитии наблюдаемой нами больной сведений нет. Девочка была самой младшей в большой семье, и все ее баловали. Рано научилась читать и много читала. Выдумывала различные истории, героиней которых являлась она сама. Рассказывала все это родным, и вымыслы ее пользовались успехом. С детьми часто ссорилась из-за стремления командовать. В возрасте 7 лет была отдана в балетную школу, где вскоре выдвинулась. Всегда пользовалась успехом, мечтала о сцене и о славе. Большое внимание уделяла своей наружности. 13 лет по настоянию матери была переведена из балетной школы в 6-й класс массовой школы, чем была очень недовольна, много плакала. В прежней школе была центром внимания, в новой ее мало замечали. Однако девочка довольно быстро освоилась. По-прежнему много фантазировала, рассказывала детям «о шикарной жизни». Учеба давалась легко. Особенно хорошо она писала сочинения, но делала много ошибок. Дома была очень капризной, все ее баловали.

В 16 лет поступила в строительный техникум, но через неделю бросила: показалось скучно. Приехала в Москву, где разыскала тетку, сказала ей, что приехала на время отпуска. Жила то у тетки, то в семье, с которой познакомилась в дороге. Там рассказала, что дочь тетки повесилась на люстре, поэтому в семье большие нелады и жить ей там неудобно. Через 2 недели, познакомившись в музее с каким-то гражданином, выдала себя за иностранку, родители которой в Ростове. Он послал туда телеграмму по указанному девушкой адресу, ее устроил на ночлег к своей знакомой. Последняя приняла в ней участие, расспрашивала ее о жизни за границей, показывала свои заграничные туалеты и уложила ее спать в комнате, где в незапертом шкафу висели ее платья. «У меня разгорелись глаза и прочно засела мысль, что я должна эти платья иметь»,— рассказывала девушка. Ночью она потихоньку ушла и унесла два платья, жакет и сумку, в которой оказалось 50 рублей. До поздней ночи ходила по улице. В трамвае познакомилась с гражданкой, повторила ту же версию об иностранке и поехала к ней. В трамвае девушку опознала женщина, у которой она украла платья, и задержала ее. Шум и крик, которые подняла женщина, появление милиционера, предложившего девушке следовать за ним, нисколько ее не испугали. Наоборот, было даже «приятно, что все на меня смотрят, обо мне говорят», а в отделении милиции было «очень интересно, как в книжке, я об этом до сих пор только читала».

Физическое развитие соответствует возрасту. Со стороны внутренних органов: легко вызывается тахикардия. Несколько увеличена щитовидная железа, легкая экзофтальмия. Нервная система: черепномозговые нервы в норме, тремор век, пальцев, языка. Повышенные коленные и глоточные рефлексы. Яркий вегетативный синдром. Реакция Вассермана отрицательная. Менструации еще не начались.

Психическое состояние: детски доверчивый открытый взгляд, живая мимика, манеры скромные и естественные, держится непринужденно, с оттенком детской беспомощности. Легко вступает в контакт, рассказывает о своем прошлом, очень обижается, когда ей не верят. «Когда я лгала, все верили, а когда правду говорю, не верят». Ко всему, ею проделанному, относится без критики, ничего плохого во всем этом не видит и все объясняет тем, что ей слишком скучно жилось. «Я не могу не выдумать, когда я не выдумываю, мне скучно». Жизнь дома не удовлетворяла, планов на будущее никаких не было: «Я никогда не думаю, что будет даже через час. Мне представляется, что все будет только хорошее, как в моих мечтах». Мечтает она о комфортабельной, «красивой» жизни, чтобы у нее всего было вдоволь, была прислуга, которая обо всем заботилась, она же играла бы на пианино, рисовала, посещала театры и была бы киноартисткой. Она хотела бы иметь такие платья, которых ни у кого нет, всем нравиться и чтобы о ней говорили. Ее мечты: «огромное количество публики, которая не сидит, а стоит в зале, аплодирует, а я на сцене в красивом костюме». Все в будущем светло и прекрасно, но как все это устроится, она себе не представляет. Перспектива лишения свободы ее не заботит· «Ведь не всегда же я буду сидеть! Выпустят меня, и тогда все еще будет!»

Относясь доброжелательно ко всем окружающим, она в то же время ни к кому не привязана, никого не любит: «Нет человека, с которым мне было бы жалко или трудно расстаться!» Все изживается очень легко. «Мне даже стыдно не бывает долго». «Тяжелое у меня бывает редко, и я сразу об этом забываю». «Я не могу долго сердиться!». С такой эмоциональной поверхностностью сочетается большая восприимчивость и чувствительность ко всему красивому: музыка, стихи, картины ее волнуют. Собственной линии поведения нет, она внушаема и подчиняется преобладающему в коллективе настроению, иногда даже перенимая чуждый ей тон и выражения. Интеллект в пределах нормы. Запас школьных знаний соответствует полученному образованию и хорошо сохранен. Работоспособность удовлетворительная: выполняет то, что ей доставляет удовольствие (рисование).

Была признана психопатической личностью типа псевдологов.

Дальнейшая судьба этой девушки неизвестна.

В этом случае синдром псевдологии в своей выраженной форме обнаружился у девочки только после пубертатного периода. Однако при более тщательном изучении анамнеза девочки можно отметить некоторые особенности в ее характере и поведении и в дошкольном периоде: росла капризной, требовательной, очень рано обнаружилось ее стремление быть в центре внимания. В школьном периоде те же черты становятся более отчетливыми. Несмотря на хорошие способности, девочка лишена выраженных интеллектуальных интересов. Все окружающее ей кажется скучным, серым, мечтает о блестящей, яркой жизни, все ее поведение определяется одним желанием — быть в центре внимания, получать все новые впечатления. Активные действия с перенесением своих мечтаний в жизнь девушка начинает в 17-летнем возрасте.

Можно предположить, что в происхождении психопатии в данном случае у этой девочки некоторое значение имели и наследственные задатки. В семейном анамнезе были указания на то, что у матери девочки, у сестры и брата также отмечались наклонности к вымыслам и фантазерству. Однако наличие патологической наследственности нельзя рассматривать как единственную причину в происхождении псевдологии у этой девушки. Большое способствующее значение имело неправильное изнеживающее воспитание: желания девочки беспрекословно выполнялись, ее не приучали к труду. В результате развился эгоизм и стремление к похвале.

Роль среды и воспитания в происхождении описанных патологических черт характера отмечается и у других патологических личностей с синдромом псевдологии.

Роль внешних факторов в развитии этих патологических черт характера Л. С. Юсевич доказывает анамнестическими данными. В 5 случаях это дети из разрушенных семей: один — сирота, другая — полусирота, у одного отец уехал далеко, у другого — родители разошлись. Началу патологических проявлений всегда предшествует какая-то конфликтная ситуация. В одном случае начало бродяжничества, ухода из дому вызвано жестокими побоями, в двух других — патологические проявления возникли после длительного и тяжкого разлада между родителями, совершенно разрушившего жизнь семьи. Значение среды и воспитания в развитии этих патологических особенностей вполне понятно, так как психопатия с псевдологическим синдромом развивается очень постепенно, под влиянием неблагоприятной среды.

В благоприятной среде при наличии правильного воспитания многие из этих патологических особенностей в поведении могут быть ликвидированы. Поэтому так важно своевременно распознавать начальные проявления этой формы психопатий у подростков и помещать их в соответствующие учреждения с твердым режимом, где они могут получать необходимое воспитание.

Лекция 17

РАСПОЗНАВАНИЕ ПСИХОПАТИЙ ПЕРВОЙ ГРУППЫ

Дифференциальный диагноз с другими формами инфантилизма

Как было указано в предыдущих лекциях, диагноз психопатии с чертами дисгармонического инфантилизма (неустойчивости, «жажды признания» или псевдологической фантастики) с большой достоверностью может быть поставлен только по окончании периода полового созревания. До этого времени при распознавании этой группы психопатий требуется большая осторожность, так как очень часто речь идет не об остановке развития на более ранней возрастной ступени, а только о замедленном темпе созревания в связи с неблагоприятными условиями воспитания или соматическими заболеваниями.

Диагностические трудности объясняются еще и тем, что характерные для этой группы психопатии признаки, проявляющиеся в не свойственной данному возрасту детскости, психической незрелости, могут наблюдаться при самых разнообразных формах инфантилизма. Поэтому так важно уточнить признаки, отличающие психопатии от других форм инфантилизма с психическими нарушениями.

За последние годы в связи с уточнением методик эндокринологического обследования изучение инфантилизма и его клинических особенностей значительно продвинулось вперед. Появился и ряд новых исследований, посвященных изучению психических нарушений при различных формах инфантилизма. М. Блейлер указывал, что черты инфантилизма, как и преждевременной старости, наблюдаются при дисфункции различных эндокринных желез. В клинической картине описанного им эндокринного психосиндрома имеется ряд признаков, характерных для инфантилизма: эгоцентризм, стремление к признанию, расстройство настроения. На основании изучения семейного анамнеза автор устанавливает, что большинство случаев инфантилизма, встречающихся в психиатрической практике, может наблюдаться в одних и тех же семьях.

В семьях лиц с общим инфантилизмом отмечаются иногда и проявления частичного инфантилизма позднего полового созревания.

При изучении психических нарушений у детей, страдающих эндокринными заболеваниями, удалось установить ряд специфических особенностей в зависимости от дисфункции той или другой железы. Из советских психиатров, уделявших большое внимание изучению этого вопроса, в первую очередь следует назвать М. Я. Серейского и Е. Н. Крылову, Л. И. Воеводу, Л. С. Юсевич, А. Ф. Мельникову. Ими были описаны клинические особенности детей и подростков с явлениями: а) общего инфантилизма; б) гипогенитализма; в) гипофизарного субнанизма. Черты детскости наблюдаются также у детей в постинфекционном периоде (как преходящее явление) и у подростков, развивающихся в условиях неправильного изнеживающего воспитания,— так называемая искусственная инфантилизация.

Остановимся на каждой из этих форм инфантилизма, чтобы отграничить их от психопатий, развившихся на почве дисгармонического инфантилизма.

Клиническая картина *общего инфантилизма* у детей характеризуется чертами не свойственной данному возрасту детскости в соматическом и физическом складе ребенка или подростка. При общем инфантилизме чаще, чем при других формах его, сохраняются более или менее выраженные признаки детской гармоничности, тогда как при частичном психическом инфантилизме отчетливо выступают проявления дисгармоничности.

Спорным считается вопрос, с какого возраста можно ставить диагноз инфантилизма. Учитывая тот факт, что инфантилизм становится очевидным только в пубертатном возрасте, многие авторы относят к инфантилизму лишь те случаи, в которых черты детскости сохраняются после пубертатного периода. Другие авторы, как Гомбургер, справедливо подчеркивают, что каждая возрастная фаза имеет свои проявления инфантилизма. Гефтер указывает, что уже в 6—7-летнем возрасте инфантилизм проявляется с достаточной определенностью. Эта точка зрения подтверждается наблюдениями нашей клиники. А. Ф. Мельникова, изучая клинические особенности инфантилизма у детей в дошкольном периоде, пришла к выводу, что уже к концу дошкольного возраста можно установить признаки задержки развития. В клинической картине общего инфантилизма оба компонента незрелости — физический и психический — гармонически сочетаются. У этих детей имеется не только отставание в росте; пропорции тела у них также свойственны более раннему возрасту. Для этих детей характерна также живая мимика, яркость и выразительность жестикуляции, быстрые, суетливые, порывистые

движения при недостаточной соразмерности и последовательности их. У большинства детей на первый план выступает неутомимость в игровых действиях и быстрая утомляемость при выполнении практических заданий. При полноценном интеллекте отмечаются недостаточные интересы, слабая способность к напряжению, повышенная подражательность. У инфантильных детей нет той самостоятельности, которая свойственна детям данного возраста. Доминирующим является влечение к забаве и удовольствиям. Характерна повышенная эмоциональная лабильность: они легко плачут и легко успокаиваются. Дети стремятся к обществу более младших; ищут поддержки у более сильных. К родителям привязаны и ласковы. По своей качественной структуре все эти особенности психики ни в коей мере нельзя расценить как патологические. Отличие ее от психики других детей этого возраста лишь в несоответствии психической структуры данному возрастному уровню. Темп развития детей медленнее, чем у их сверстников. В санатории они обычно направляются в связи с теми или другими невротическими явлениями, повышенной впечатлительностью, обидчивостью, неустойчивостью, нестойкостью внимания. За время пребывания в санатории они становятся более активными, конфликты с детьми прекращаются.

В нашей совместной с И. Б. Шенфиль работе в 1928 г. была описана своеобразная форма общего инфантилизма у девочек в школьном и пубертатном возрасте. Были отмечены следующие характерные соматические и психические особенности этих детей. Дети обращают на себя внимание не столько низким ростом, сколько общей детскостью, округлостью частей тела. Они стройны, пропорционально сложены. Череп овально-округлой формы, небольшой по окружности. Черты лица мелкие, правильные, профиль не оформлен. Плечи округлы, скорее широкие, прямые. Грудная клетка конической формы или ближе к цилиндрической, широка. Кожа нежная, тонкая, прозрачная, эластичная, достаточного тургора. Подкожножировой слой достаточно развит. Мускулатура развита удовлетворительно, но контуры мышц сглажены. Кости нежны, хрупки, конечности пропорциональны туловищу. Если принять во внимание, что часть наблюдавшихся нами детей в течение 2 лет жила в условиях санаторного режима и питания, а другая — в хороших материальных условиях дома, то данные о снижении роста станут еще более демонстративными.

Мимика у них живая, адекватная переживаниям, но малодифференцированная, не выражает многих тонких оттенков эмоций. Выражение лица детски миловидное, чаще приветливое. Звонкий голос, прямая осанка. Плавная походка. Движения многочисленны, быстры, с характером, с одной сто-

роны, порывистости, с другой — плавности, мягкости. Дети легко и ловко ловят мяч, хорошо прыгают в высоту, быстро бегают, но не на далекое расстояние. Им не удается попадание мячом в цель, где требуется точность, соразмерность движений. Их двигательные особенности, как указывает М. О. Гуревич, обусловлены преобладанием экстрапирамидных компонентов над корковыми, что выражается в отсутствии точности, последовательности, экономии движений.

Эти дети более болтливы, чем это свойственно их возрасту, поверхностны, интересы их примитивны. Однако наряду с интересами детей раннего возраста (игра в куклы и др.) они часто проявляют известную зрелость в житейских вопросах. Мышление таких детей характеризуется конкретностью. Они неспособны к отвлеченному мышлению, суждения их всегда эмоционально окрашены. Восприятия их поверхностны, неточны. Ассоциации в большинстве случаев также поверхностны. В ответах на вопросы, доступные их пониманию, они словоохотливы и радостны, но становятся негативистичными и слезливыми, когда требования превышают их умственный багаж. Эти дети неспособны к напряжению, внимание их отвлекаемо, не распределено. С энтузиазмом они берутся за всякую новую работу, но не доводят ее до конца. В их поступках обращает на себя внимание резкая внушаемость, непоследовательность.

Характерной особенностью детей данного типа является лабильность и поверхностность их эмоциональной жизни. Эта лабильность выражается в быстрой смене веселья и горя, смеха и слез, аффективные вспышки их отличаются своей нестойкостью: выраженных аффектов не бывает. Они эгоцентричны, любят обращать на себя внимание, трусливы, маловыносливы к холоду, физической боли.

Клиническим примером общего инфантилизма может служить следующая история болезни.

Девочка 12 лет. Материальные условия удовлетворительные. Семейный анамнез: отец 33 лет страдает неврастенией, дядя и тетя страдали истерией. Мать 33 лет страдает истерией, бывают обморочные состояния длительностью от 30 до 40 минут, плачет по пустякам. Очень малого роста, худенькая, молодо выглядит, грацильна. Дед по линии матери умер 49 лет от несчастного случая. По характеру беспечный, веселый, добродушный, среднего роста, худой. Бабка умерла 48 лет от воспаления легких, по характеру властная, деспотичная. Три тетки со стороны матери низкорослые, одна страдает обмороками, остальные — нервные. Дядя 32 лет неврастеник, лечится в санатории для нервных больных, бывают обмороки.

Во время беременности мать по совету врача мало ела, чтобы родить без осложнений. Роды в срок, вес ребенка 2,2 кг. Вскармливание искусственное. Физическое развитие правильное. Зубы прорезались с 8 месяцев, ходить девочка стала с 9 месяцев, говорить — к году. Перенесла корь, коклюш, фурункулез. С раннего детства была очень подвижна, неусидчива, ласкова, добродушна. Учиться начала с 8 лет, училась неохотно. В школе и в пионерском лагере часто выступала на сцене; ее считали хорошей исполнительницей и поручали большие роли.

Физическое состояние: голова пропорциональна туловищу. Череп небольшой, округлой формы. Лицо небольшое, черты лица мелкие, правильные. Скуловые дуги и нижняя челюсть не выдаются, сглажены общей округлостью лица. Небо высокое, плоское. Плечи округлые, прямые. Грудная клетка цилиндрической формы. Лопатки слегка отстают. Таз по отношению к плечам узкий. Конечности пропорциональны туловищу, кисти рук малы, пальцы коротки. Мускулатура слабо развита. Кожа и слизистые бледно-розовой окраски. Кожа гладкая, эластичная, тургор нормальный. Подкожножировой слой достаточно развит. Вторичные половые признаки не выражены. Поверхностные лимфатические узлы не увеличены. Внутренние органы — норма. Движения координированы, быстры, ловки. Походка плавная, осанка грациозная. Легкий тремор пальцев вытянутых рук, век. Мимика живая, речь хорошо модулирована. Боится укола и чувствует резкую болезненность при нем. Органы чувств в норме. Дермографизм красный, стойкий, небольшая синюшность кистей рук. Рефлексы сухожильные и кожные живые, со слизистых — нормальные. Реакции зрачков на свет живые. Патологических рефлексов нет.

Психическое состояние: доступна, контакт устанавливается легко и быстро. За эксперимент при психологическом исследовании принимается с увлечением, но быстро отвлекается. Ответы не продумывает. К длительному напряжению неспособна. Запас общежитейских сведений достаточен для ее возраста. Логическое мышление конкретного типа. Ассоциации: среднее реактивное время 2 секунды; небольшие задержки от 5 до 8 секунд на словах: «гулять», «играть», «школа», «папа», «красота». Интеллект нормален. Воображение живое. Эмоции поверхностные, настроение очень лабильное, резкие перемены от бодрого, веселого настроения к плаксивому. Плачет по самым незначительным поводам, иногда просто за компанию с другими девочками. Плачет, когда надо идти в лабораторию исследовать кровь; плачет при исследовании глоточных и корнеальных рефлексов. Аффекты неглубоки, быстрый переход к капризиому, ворчливому тону. Внушаема, при строгом обращении совсем успокаивается.

Легко воспринимает настроение окружающих; обидчива, болтлива. Любит лакомства.

За время пребывания в школе-санатории (полгода) стала значительно ровнее, спокойнее. Была выписана с диагнозом: «общий инфаитилизм, реактивная лабильность».

После выписки поступила в массовую школу. Жалоб на поведение девочки не было.

В приведенном примере обращает на себя внимание не соответствующая возрасту детскость, обнаруживающаяся не только в психике девочки, но и в соматических особенностях, в отсталости роста, в детских пропорциях телосложения, в своеобразии движений. В семейном анамнезе девочки отмечаются различные проявления инфантилизма у многих членов семьи.

Изучая дальнейшую динамику развития детей и подростков, обнаруживших черты общего инфатилизма, мы могли установить, что при достаточном приросте длины и весе тела отдельные особенности инфантильного склада у подростков остаются более или менее стойкими. Сохраняются детские пропорции соотношений туловища и конечностей, особенности моторики и мимики. Развитие вторичных половых признаков у них своевременное, у некоторых даже наблюдается раннее половое созревание (у девочек менструации начинаются с 11 или 12 лет).

Что касается особенностей психики, то у большинства из них ряд проявлений инфантилизма с возрастом сглаживается, но нередко остается реактивная лабильность, повышенная внушаемость, повышенная податливость внешним влияниям. На жизненные неудачи эти подростки реагируют невротическими реакциями. В одном случае мы наблюдали у девочки 13 лет реактивное состояние после вторичного замужества матери. Отмечалась бессонница, ночные страхи, зрительные псевдогаллюцинации. Все эти явления быстро исчезли при перемене обстановки. У девочки 14 лет под влиянием жизненных затруднений проявлялась склонность к повышенной фантастике, окрашенной в болезненно мрачные тона, которые также сгладились при перемене обстановки.

Большинство наблюдавшихся нами подростков при благоприятных жизненных условиях с годами становились более выдержанными и работоспособными. Ухудшения поведения с чертами психопатического мы не наблюдали.

Следовательно, катамнестическими данными подтверждается наличие большой разницы между психикой детей с явлениями общего инфантилизма и клиническими проявлениями психопатии с чертами дисгармонического инфантилизма. При анализе клинической картины всегда удается установить, что при общем инфантилизме отсутствует характерная для психопатии дисгармоничность развития личности: противоречивость отдельных проявлений, измененная структура влечений и ряд других патологических особенностей, характерных для психопатии.

Поэтому наличие незрелости, инфантильности психики не может быть расценено как признак развивающейся психопатии. Психопатия может развиться лишь у тех детей, у которых очень рано обнаружилась дисгармоничность в развитии отдельных сторон личности и наряду с детскостью наблюдается ряд патологических черт характера, не свойственных детскому возрасту.

Для д и а г н о з а психопатии с чертами дисгармонического инфантилизма важно установить качественную структуру синдрома. Так, например, характерная для инфантильной психики наклонность к выдумкам не может быть расценена как лживость в обычном смысле слова и не является патологическим симптомом. Многие неправильные высказывания детей объясняются неотчетливостью восприятий, недостаточной способностью к самоотчету.

Более серьезное значение, говорящее в пользу ранних признаков психопатии, имеет наблюдающаяся у детей с чрезмерно возбудимым воображением наклонность к так называемой косметической лжи (направленной на приукрашение своей личности). Однако и это проявление еще не говорит о психопатии, если оно развивается в дошкольном возрасте. Более

серьезное значение как патологический признак, характерный для психопатии, имеет лживость, сочетающаяся с богатыми фантастическими вымыслами, со стремлениями реализовать свои фантастические построения в жизни.

Другим примером качественного своеобразия одного и того же синдрома при инфантильности и психопатии может служить особая жадность к впечатлениям (так называемая сенсорная жадность). Она наблюдается и при инфантилизме, и при психопатии. Однако для психопатии характерно лишь избирательное влечение к особым впечатлениям: к скандалам, интригам, сплетням.

Большое значение в пользу диагноза начальных признаков психопатии имеет нарушение сферы инстинктов, влечений (повышение или извращение влечений). Таким образом, основным различием между инфантильной психикой и психопатией является дисгармоничность развития отдельных сторон личности, сочетание черт детскости с такими патологическими чертами характера, которые не свойственны детской психике.

К таким же выводам о наличии важных отличительных признаков между общим инфантилизмом и частичным психическим инфантилизмом приходит и А. Ф. Мельникова. Автор устанавливает, что у детей с явлениями частичного психического инфантилизма нет такой отсталости в росте, как при общем инфантилизме. У них отмечаются лишь небольшие отклонения, задержка окостенения мелких костей запястья, сохранность детского профиля, иногда — частичная недостаточность половой сферы. В то же время в отличие от общего инфантилизма у них явно преобладает психомоторное возбуждение, раздражительность, грубость, склонность к ярким и резким аффективным вспышкам, требовательность, капризность, наивная приукрашивающая ложь, резкий, малокорригируемый эгоцентризм. В этом сочетании черт детскости психики с признаками чрезмерной раздражительности, психомоторной расторможенности и выражается характерная для психопатии дисгармоничность психики.

В работе Л. С. Юсевич об инфантилизме у подростков также приводятся клинические признаки, отличающие картину общего инфантилизма от частичного психического инфантилизма. Вторую группу автор называет психическим «псевдоинфантилизмом», так как наряду с детскостью этих детей имеется ряд патологических признаков, не свойственных детям. Так же как и дети, эти лица веселы, беспечны, эмоционально неустойчивы, непостоянны в своих интересах. В то же время эти черты детскости сочетаются у них с пристрастием к азартным играм, алкоголю, иногда с сексуальной распущенностью. В то время как у гармонично инфантильных доминирует игровая установка и все формы их деятельности пронизаны элементом игры, здесь на первый план выступает не игра, а стремление к

беспрерывной смене новых внешних впечатлений, которые приводят к постоянному шатанию по улицам в поисках приключений, бесконечным посещениям кино. При этом подросток остается бездеятельным и лишь пассивно поглощает новые впечатления. Такие дети любят сенсации определенного характера: уличные скандалы, происшествия. Их общительность с другими избирательна. Они стремятся к безнадзорным детям, слепо подражая их манерам и выражениям. У них больше расторможенности, элементов позерства и самопоказа. Вместо наивных детских вымыслов здесь встречается более или менее яркая псевдологическая продукция со стремлением к самоукрашению, хвастовству. Их выходки имеют характер не детских шалостей, а озорства.

Другими словами, Л. С. Юсевич приходит к таким же выводам, как и А. Ф. Мельникова: в картине частичного психического инфантилизма имеются признаки дисгармоничности психики, налицо психопатологические симптомы, тогда как при общем инфантилизме патологична лишь фиксация психических особенностей, свойственных более раннему возрасту.

Тщательная дифференциация между инфантильной психикой и психопатией приобретает особенно большое значение при установлении начальных признаков истероидных форм психопатии. Крепелин выделил две формы истерического характера. Первая форма — «истерия развития», вторая — «дегенеративная истерия». В первой истерические черты характера представляют собой лишь возрастную фазу развития; во второй — истерические черты характеризуются относительной стойкостью, имеют своей основой врожденную недостаточность. В клинической картине дегенеративной истерии Крепелин отмечает своеобразное сочетание детскости с патологическими чертами.

Данные детской клиники подтверждают это предположение Крепелина о двух различных формах истерического характера. В картине истероидной психопатии проявления детской импульсивности и непостоянства, поверхностности эмоций, повышенной внушаемости и упрямства сочетаются с наклонностью к лживости, сексуальной распущенности, а иногда и с извращенностью инстинктов.

Таким образом, дифференциальный диагноз между психопатией с чертами дисгармонического психического инфантилизма и общим инфантилизмом хотя и труден в отдельных случаях, но все же вполне возможен.

Отграничение психопатий с чертами дисгармонического инфантилизма должно проводиться также с некоторыми формами *инфантилизма эндокринной природы*. Для детской клиники наибольший интерес представляют патологические формы поведения, наблюдающиеся при гипогенитализме.

На основании наблюдений, собранных в школе-санатории, М. Я. Серейский и Е. Н. Крылова установили характерный клинический симптомокомплекс соматических и психических нарушений при гипогенитализме у детей и подростков.

К соматическим признакам гипогенитализма относятся: недоразвитие половых органов, элективное отложение жира, евнухоидные диспропорции скелета (превалирование длины конечностей по сравнению с туловищем, превалирование размаха рук над ростом, женский тип отношения ширины плеч к ширине таза, женский тип таза у мальчиков). К этим же признакам относится рудиментарное развитие латеральных резцов, синюшность конечностей, мраморность кожи. Нередко отмечается отсутствие нижних брюшных рефлексов и рефлекса кремастера, понижение содержания гемоглобина и лимфоцитоз. У большинства таких лиц инфантильный профиль лица. Выражение лица не соответствует возрасту, субъекты выглядят моложе своих лет.

Наиболее характерной особенностью психики этих подростков является неспособность к длительному волевому усилию, эмоциональная неустойчивость, лабильность настроения при общем благодушном его фоне. К своим близким родным дети проявляют сильную привязанность. Они доступны, общительны, испытывают потребность быть в обществе детей, *хотя и не умеют приспособляться к ним в связи с повышенной* робостью, застенчивостью, трусливостью. Многие из них плохо уживаются с детским коллективом, надоедают товарищам, нередко являются предметом насмешек, получают обидные прозвища: «жирный», «каракатица». В связи с этим у многих подростков легко развивается чувство неполноценности, сознание своего физического бессилия. В то же время некоторые из них склонны к повышенной самооценке, любят хвастать, чтобы показаться лучше. В своем поведении они обнаруживают повышенную внушаемость, несамостоятельность, ищут всегда защиты у более сильных и старших. Обращает на себя внимание их большая рассеянность, недостаточная собранность, медлительность в работе, вялость, отсутствие инициативы. Педагоги их считают ленивыми, не по возрасту наивными. Для этих подростков характерно своеобразное сочетание не только детскости, но и черт пубертатной психики. Последняя проявляется в выраженной склонности к резонерству, «умничанию», мудрствованию. Они часто много рассуждают, но мало делают. Их двигательная сфера также имеет ряд характерных особенностей: движения неуклюжи, неловки, неуверенны, угловаты. Особенно страдает последовательность и соразмерность движений.

Как явствует из приведенных данных, в психике подростков с явлением гипогенитализма имеются черты сходства с психопатией, развивающейся на почве дисгармонического инфантилизма.

Клиническим примером может служить следующая история болезни.

Мальчик 11 лет. Беременность им третья по счету. С первых дней жизни тучный (вес при рождении 4,8 кг); страдал экземами. Вскармливался грудью до года. В возрасте 3 лет перенес подострый энтероколит, сильно похудел. Однако с 3-летнего возраста стал вновь поправляться, возвратилась прежняя упитанность. Зубы появились в 6 месяцев, ходить и говорить стал к году. От 3 до 5 лет страдал периодическими приступами малярии. В возрасте 6 лет перенес корь и скарлатину. С самого раннего детства отмечалась повышенная жажда. Выпивает 6—7 стаканов воды в день, кроме жидкости, входящей в пищу. Головные боли бывают изредка, но довольно сильные. Сон и аппетит всегда хорошие.

С 4 лет ходил в детский сад, где стали отмечать трудности в характере, капризы, плаксивость. Физически был крупным ребенком, хорошо развивался психически, рано научился писать и читать. В школу пошел 8 лет, однако через 2 года был взят из нее родителями, так как плохо уживался с детьми, дрался; школьники часто били его. Был направлен в школу-санаторий.

Рост и вес превышают его возраст на полгода. Голова пропорциональна туловищу, круглая со срезанным затылком. Пропорции тела евнухоидные. Скелет тонкий, конечности стройные. Кисти и стопы коротковаты, пальцы заострены к концам. Суставы несколько гипотоничны, мускулатура мало тонизирована. Кожа чистая, эластичная, тонкая. Потливость и синюшность конечностей; мраморность кожи на бедрах. Волосы на голове темные, жестковатые, густые, их граница резко выражена. Пушок на теле мало выражен. Вторичные половые признаки *отсутствуют. Элективное отложение жира в области грудей, бедер и* лобка. Таз женского типа, хорошо выражен ромб Михаэлиса. Со стороны кровеносной системы: невысокое артериальное давление, пульс мягкий, нечастый. Со стороны крови: невысокое содержание гемоглобина при хороших качественных соотношениях. Лимфоцитоз не выражен. Со стороны диуреза несколько увеличенное суточное количество мочи при нормальных функциональных пробах. Солевая нагрузка дала нормальную концентрацию. Рентгеноскопия турецкого седла не обнаружила отклонений. Кисти рук: островки окостенения соответствуют возрасту. Со стороны нервной системы: отсутствие средних и нижних брюшных рефлексов и вялый рефлекс кремастера.

Психическое состояние: мимика однообразна и маловыразительна. Застенчив, но старается держаться развязно. Труслив по отношению к товарищам, но навязчив, забияка. Резко обидчив, впадает при этом в состояние патологического аффекта: кричит, плюется, кусается, бросает в окружающих все, что попадается под руку. Речь правильная, культурная. Легко доступен, детски доверчив. Часто отвлекается в беседе, увидел кляксу на бумаге — описывает ее форму, часы на стене — рассказывает, какие у него дома часы и т. д. Склонен к резонерству: на простые вопросы отвечает длинной, сложной фразой. Например, на вопрос: «Что сделаешь, если увидишь, что опаздываешь?», отвечает: «Нельзя же все время думать о том, что надо сделать, а если придумаешь, то уж хорошо. И вот что я скажу: нужно поспешить — ведь это очень просто, может быть, и успеешь». Любит говорить пословицами. На вопрос: «Кто твой товарищ?», отвечает: «Скажите мне, кто ваши товарищи, и я скажу, какой вы человек». Любит острить.

Имеется потребность в обществе детей, но не может к ним приспособиться. Часты нелепые сцены с неуклюжими нападениями на обидчика: с воплями, катанием по полу, бессмысленной яростью. Иногда в состоянии аффекта цинично ругается. Рассеян, забывчив, часто ищет носовой платок, который у него в кармане, шапку, которая у него на голове, и т. д.

Настроение большей частью неустойчивое: то слишком весел, то плаксив. Однажды целый час плакал по поводу того, что не умеет писать так мелко, как другие товарищи. Эмоционален, очень привязан

к родителям, тоскует по дому. Чрезвычайно внушаем: из самой тяжелой вспышки раздражения может быть выведен в спокойное, веселое состояние одним лишь строгим приказом. Запас сведений соответствует возрасту. Интересы детские, ниже его возраста. Очень любит игрушки, охотнее проводит время с детьми младшего возраста. В школе подчиняется режиму с трудом. Вначале был добродушен, стремился сдружиться с товарищами, но на первых же порах потерпел неудачу: заслужил прозвище «пузана». Легко впадает в аффективное состояние. Неряшлив, часто ходит с измазанными чернилами лицом и руками, развязанными ботинками. В последнее время школьными занятиями интересуется, обнаруживается нормальная успеваемость; при занятиях трудом отмечается резкая моторная отсталость. Интереса к другому полу нет. В течение 3 месяцев принимал по 0,05 г тиреоидина 2 раза в день с перерывами, потерял 4 кг в весе при хорошем общем самочувствии. В последнее время стал спокойнее, успевает в классе, более дисциплинирован, аффективные вспышки отмечаются реже.

Катамнез: после выписки из школы-санатория мальчик поступил в массовую школу. По словам матери, в первые годы обучения мальчика были жалобы педагогов на его рассеянность и плохую уживчивость с товарищами. Последние годы обучения были более благополучными. Школу закончил удовлетворительно, поступил в высшее учебное заведение (институт иностранных языков).

При физическом осмотре врачом, собиравшим катамнез, когда подростку было 18 лет, обнаружено, что симптомы гипогенитализма сгладились. Вторичные половые признаки развиты соответственно возрасту. Сильно *похудел. Движения остались неловкими, неуклюжими,* мешковатыми.

Как видно из приведенного примера, в клинической картине психических расстройств при гипогенитализме имеется очень много признаков, характерных для психопатий с чертами дисгармонического инфантилизма. Как и у инфантильных психопатических личностей, у этих подростков отмечается недоразвитие высших форм волевой деятельности, неспособность к напряжению, лабильность настроения, повышенная внушаемость. Интересы таких подростков не соответствуют возрасту: они любят игрушки, охотно проводят время с детьми младшего возраста. Несмотря на хороший интеллект, нередко плохо успевают в школе в связи с повышенной отвлекаемостью. Они также являются часто трудно воспитуемыми в связи с повышенной раздражительностью, драчливостью.

Однако наряду со сходством с инфантильными психопатическими личностями у этих детей имеются и отличия.

а) Их эмоциональная жизнь характеризуется гораздо большей сложностью и глубиной. Они сильно привязаны к своим родным и близким, чувство товарищества и ответственности перед коллективом у них обычно достаточно развито. Многие из них испытывают сильное чувство собственной неполноценности, неуверенности в себе. Насмешки ребят вызывают у них горькое чувство обиды, приводят нередко к вторичным невротическим образованиям.

б) Нарушения умственной работоспособности у подростков с синдромом гипогенитализма также носят иной характер, чем у инфантильных психопатических личностей, хотя и у тех

и у других отмечается неспособность к волевому усилию и большая отвлекаемость. В то время как для инфантильных психопатических личностей характерна большая живость, умение быстро ориентироваться в новой ситуации, дети и подростки с явлениями гипогенитализма, наоборот, медлительны, плохо приспосабливаются ко всякой новой работе, очень рассеяны и забывчивы. Имеются отдельные черты сходства в мышлении тех и других детей, это — богатый запас слов при конкретности мышления. Но у инфантильных психопатических личностей нет наклонности к резонерству, к мудрствованию и нелепым шуткам, часто отмечающимся при эндокринном инфантилизме.

в) Во всем своем поведении эти подростки отличаются от инфантильных психопатических личностей. Они более робки и застенчивы. При всем своем благожелательном отношении к окружающим они хуже приспосабливаются к коллективу и плохо уживаются с детьми. Будучи трусливы, неуверены в своих силах, они все же любят дразнить других детей, пристают к ним. Не умея самостоятельно дать отпор в драках с ребятами, они жалуются старшим и ищут у них защиты. Это часто вызывает недружелюбное отношение к ним и является лишним поводом для насмешек.

Для дифференциального диагноза имеют значение и характерные соматические особенности детей и подростков с эндокринной формой инфантилизма (евнухоидные диспропорции телосложения, избирательное отложение жира, недоразвитие вторичных половых признаков и др.), повышенная жажда и нарушение психомоторики (неловкость, угловатость движений).

Дальнейшая д и н а м и к а клинических проявлений при гипогенитализме также имеет свои особенности. Как показали катамнестические данные, собранные после периода полового созревания, симптомокомплекс гипогенитализма постепенно сглаживается. Из 17 юношей в возрасте 15—20 лет этот симптомокомплекс остался только у двух. С возрастом сглаживаются также нарушения со стороны психики. Лишь у некоторых подростков и юношей отмечалась неустойчивость эмоциональной сферы, внушаемость, несамостоятельность. Исчезло чувство собственной неполноценности. Повысилась способность к самообладанию. Социальная установка у всех этих подростков была правильной. Все эти юноши и подростки приспособлены к жизни и здоровы.

Катамнестические данные подтверждают необходимость четкой дифференциации инфантилизма с синдромом гипогенитализма от психопатии, так как патогенетическая основа здесь глубоко различна.

М. Блейлер также указывает, что, несмотря на сходство эндокринного психосиндрома с психопатией, в клиническом

анализе удается установить ряд существенных отличий. При эндокринном психосиндроме больше страдают элементарные влечения (голод, жажда), тогда как при психопатии расстройства элементарных влечений не занимают ведущего места. В основном нарушаются специфические человеческие особенности, общественные взаимоотношения. Барюк (Baruk) также указывает, что у эндокринопатов больше страдает деятельность, у психопатов — моральная сторона личности.

Отграничение психических нарушений при эндокринных формах инфантилизма от психопатий тем более необходимо, что течение той и другой формы различно, психические нарушения при эндокринных формах имеют более определенное начало, менее длительны, прогноз их в большинстве случаев более благоприятен.

При распознавании психопатий с чертами дисгармонического инфантилизма необходимо учесть, что сходные клинические проявления могут иногда наблюдаться и при гипофизарном субнанизме. В исследованиях, посвященных изучению психических отклонений при гипофизарных расстройствах в детском возрасте, особое внимание уделяется адипозогенитальной дистрофии. При этой форме отмечается пассивность, безучастность, сменяющиеся состоянием двигательного беспокойства; иногда наблюдается расстройство интеллектуальной деятельности [эретическое слабоумие по Вейгандту (Weygandt)]. При гипофизарных нарушениях различной природы бывают также расстройства настроения, депрессии, смена депрессивных и эйфорических состояний.

Психические особенности детей, страдающих гипофизарным инфантилизмом, сравнительно мало изучены. Исследования, посвященные этому вопросу, не вскрывают грубых нарушений со стороны психики. Интеллектуальная деятельность не страдает. Работоспособность хорошая. Дети усердны, старательны, прилежны; у некоторых детей отмечается не соответствующая возрасту солидность. Они проявляют большую любовь к порядку, бережливость, хозяйственность. Некоторые из них отличаются скрытностью и недоверчивостью. Наряду с этими чертами преждевременной зрелости (почему их называют обычно «маленькими старичками») у них имеются черты детскости, проявляющиеся в повышенной внушаемости, недостаточной самостоятельности, неустойчивости поведения. Отмечается повышенная лабильность настроения, плаксивость, наклонность к депрессии.

М. Блейлер, описывая особенности психики при гипофизарном карликовом росте, также отмечал, что грубых психических расстройств в таких случаях нет. В поведении этих лиц наблюдается повышенная впечатлительность, скрытность, недоверчивость, наклонность к колебаниям настроения. В патогенезе этой формы инфантилизма основным является недоста-

точность гормона роста. Наряду с этим здесь имеется недостаточность гонадотропных, тиреотропных и адренокортикотропных гормонов. Гангарт (Hanhart) считает, что в основе соматических и психических особенностей этих больных лежит не только дисфункция передней доли гипофиза, но и диэнцефальные нарушения.

Приведем наблюдение подростка с нанизмом гипофизарного происхождения (наблюдение Е. Н. Крыловой).

Подросток 14 лет 5 месяцев происходит из здоровой семьи. Физических уродств, карликового роста, болезней обмена, психических и нервных заболеваний в роду нет. Родился он за 2 недели до срока (беременность протекала нормально) в состоянии асфиксии, слабым, с небольшим весом. Три дня после рождения не брал груди и лишь постепенно привык к сосанию. Вскармливался грудью матери до $1^1/_2$ лет. В период кормления мать была здорова, ребенок быстро окреп, достиг в первые же месяцы хорошего веса. Голову стал держать на 3-м месяце, сидеть — на 6-м, ходить и говорить — до года; зубы появились лишь на втором году жизни. Рос крепким, спокойным ребенком до 7 лет. Инфекционных заболеваний не было. С 7-летнего возраста стали замечать остановку в росте и физическом развитии. Приблизительно с этого же возраста ухудшился аппетит и появилась резкая жажда (пьет по 10—12 стаканов воды в день); иногда из-за жажды просыпается по ночам. Сон всегда хороший, опрятен с 2 лет, никаких припадков никогда не было. В 1919—1920 гг. лечился от несахарного детского мочеизнурения, но безуспешно Детство провел в деревне; 8 лет поступил в сельскую школу, которую успешно окончил. В 1924 г. перевезен отцом в Москву; в 1925 г. поступил в нашу клинику.

Рост соответствует 8-летнему возрасту, телосложение детского типа, пропорциональное. Кожа толстая, сухая, бледная, шероховатая, на щеках вялая с тонкими морщинками; кожа конечностей бледная, синюшности не отмечается. Мускулатура вялая, жировой слой равномерный. Строение костей нежное. Потливость отсутствует. Вторичные половые признаки не выражены. Половой орган соответствует по величине 7—8-летнему возрасту. Яички, спущенные в мошонку, величиной с большой боб. Щитовидная железа прощупывается. Зобная железа при перкуссии нормальная. Грудные железы не прощупываются. Поверхностные лимфатические узлы не увеличены. Внутренние органы без отклонений. Со стороны нервной системы признаков органического заболевания нет. Глазное дно нормально. Цветоощущение правильное. Слух, обоняние и вкус отклонений от нормы не имеют. Голос высокий, речь грамматически правильная, запас слов достаточный. Сон спокойный, ночных страхов, энуреза нет.

Интеллект соответствует возрасту. Запас сведений достаточный. Читает и пишет удовлетворительно, интересуется занятиями в классе, любит пение, музыкален, обладает хорошим высоким дискантом. Логическое мышление достаточное в пределах конкретного, к абстрагированию малоспособен. Чрезвычайно общителен, ровен, спокоен. Дружит с детьми, обнаруживает повышенную внушаемость. Склонен к юмору и резонерству. Часто хитрит, избегая прямых ответов, заменяет их пословицами, прибаутками. Сознает свою физическую неполноценность, но относится к этому примиренно, надеясь излечиться. Настроение неустойчивое, часто плачет, но быстро успокаивается. Не импульсивен, способен к волевому напряжению. Не по-детски солиден и обстоятелен в каждом своем действии — «маленький хозяин». В то же время отмечаются не соответствующие возрасту детские интересы, любит играть с детьми младшего возраста. Резвится, как маленький. Детская резвость в момент игр несколько диссоциирует с мимикой, которая носит старческий характер.

Клиническая картина, описанная Е. Н. Крыловой, очень характерна для психики подростков с явлениями гипофизарного субнанизма. Здесь наблюдается своеобразное сочетание инфантильности поведения с преждевременной зрелостью миросозерцания, наклонностью к моральным сентенциям.

Отмечающиеся у этих подростков особенности психики (неустойчивость настроения, детскость интересов и повышенная внушаемость, неспособность к абстрактному мышлению) могут дать основание предположить наличие психопатии. Однако провести дифференциальный диагноз в этих случаях обычно бывает нетрудно. У подростков с гипофизарным субнанизмом отсутствует коренной признак психопатии с чертами дисгармонического инфантилизма — неохота к труду и неспособность к напряжению. Эти дети и подростки обращают на себя внимание своей солидностью, степенностью, настойчивостью в выполнении задуманного. Некоторые из них обнаруживают наклонность к накоплению имущества. Инфантильные черты психики, недостаточная способность к абстрактному у них сочетаются со старческим резонерством. Они любят много рассуждать, поучать других. У подростков иногда наблюдается чрезмерная забота о своем здоровье, ипохондрическая фиксация своих болезненных ощущений.

В клинике психических нарушений детского и подросткового возраста часто приходится проводить дифференциальный диагноз психопатии с теми разновидностями инфантильной психики, которые носят временный характер и наблюдаются чаще всего у детей, перенесших соматические заболевания.

В период реконвалесценции часто отмечается повышенная возбудимость эмоций, двигательное беспокойство, резкая неустойчивость, неспособность даже к недлительному напряжению. Эти дети по характеру своего поведения напоминают психопатических субъектов типа неустойчивых и истероидных. Они капризны, требовательны, эгоцентричны, требуют к себе большого внимания. При неисполнении их желаний отмечаются патологические реакции, они становятся грубыми, раздражительными. Нередко имеются истерические реакции. При отсутствии анамнестических сведений эти патологические формы поведения могут быть неправильно расценены как психопатии с чертами дисгармонического инфантилизма. При более тщательном наблюдении провести дифференциальный диагноз нетрудно. Основным в клинической картине патологического инфантильного поведения этих детей является астения с синдромом раздражительной слабости. Отмечается повышенная впечатлительность к различным раздражителям, плаксивость, иногда дистимический фон настроения. Наряду с повышенной раздражительностью наблюдается резкая истощаемость и утомляемость. У этих детей и подростков гораздо чаще, чем

при психопатии, отмечаются головные боли и головокружения. Дальнейшее течение этих форм также отличается от психопатии: по мере улучшения соматического состояния постепенно исчезают явления астении и вместе с тем признаки инфантильной психики.

Еще более важно отграничить психопатии с чертами дисгармонического инфантилизма от той формы инфантильного поведения детей, которая создается неправильным изнеживающим воспитанием. Характерной особенностью этих *«инфантилизированных»* детей является эгоцентризм, капризность, раздражительность, недостаточная выносливость. Чрезмерные заботы о ребенке, беспрекословное исполнение его желаний и прихотей делают ребенка не только капризным, избалованным, но и неспособным к напряжению. Постоянное стремление старших освободить ребенка от трудностей жизни, от необходимости преодолевать препятствия делает его пассивным, несамостоятельным, невыносливым. Пользуясь чрезмерным вниманием и лаской, избалованный ребенок в конечном счете перестает ценить хорошее отношение к нему окружающих, становится эгоистичным, самовлюбленным. Частые похвалы, преувеличенная оценка его способностей в присутствии других делают его тщеславным, воспитывают в нем жажду похвалы и признания (дифференциальный диагноз с психопатией см. лекцию 10).

Из всего сказанного в настоящей лекции можно сделать следующий вывод: объем диагностики психопатии с чертами дисгармонического психического инфантилизма должен быть значительно сужен.

Для правильного распознавания психопатии с чертами дисгармонического инфантилизма необходимо: 1) учитывать соматические особенности данной личности, 2) тщательно изучить социальную среду, условия воспитания и обучения ребенка, 3) применить при оценке клинических проявлений динамический метод, учитывать не только статику, но и динамику патологических черт характера. Только таким образом можно обнаружить корни происхождения отдельных психопатических проявлений и правильно распознать их природу.

Лекция 18

КЛИНИКА ПСИХОПАТИЙ ВТОРОЙ ГРУППЫ (ИСКАЖЕННОЕ, ДИСПРОПОРЦИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ)

Гипертимические личности

Патогенетической основой этой группы является тот тип врожденной аномалии развития нервной системы, который характеризуется термином «искаженное развитие», так как наряду с задержкой развития одних систем отмечается ускоренное развитие других; страдают не только молодые в эволюционном отношении, но и древние системы (инстинкты). При этой аномалии развития более стойко изменяется в патологическую сторону тип реагирования личности на раздражители внешней и внутренней среды. Поэтому термин «конституциональные» чаще применяется к психопатии второй группы. Болезненные проявления при этих формах психопатии связаны с нарушением не только деятельности нервной системы, но и организма в целом (внутренних органов, эндокринных желез, обмена веществ).

Характерные для той или другой клинической разновидности психопатии второй группы соматические и эндокринные расстройства еще недостаточно изучены. Были попытки установить особенности телосложения, психомоторики, эндокринного профиля при различных формах психопатий. Однако многие из этих попыток окончились неудачей, так как исследования часто строились на неправильной методологической основе; обследование нередко проводилось только путем тестов; выводы обосновывались главным образом статистическими данными, без достаточной клинической дифференциации наблюдений.

Изучение соматических особенностей психопатий этой группы в зарубежной психиатрии проводилось главным образом на основе наследственно-биологических теорий. Были использованы данные сопоставления результатов обследования двуяйцевых и однояйцевых близнецов. Таким путем изучали состояние капилляров и обнаружили сходство капилляров у однояйцевых близнецов. Так, Октон (Okton) находил особые структуры капилляров не только у больных шизофренией, но и у «шизоидных» психопатов. Эти данные нельзя считать объективными, так как полученные

результаты имеют описательный характер и плохо поддаются объективному учету.

С развитием электроэнцефалографии эта методика все более используется для изучения патогенетической основы конституциональных психопатий. Исследования электроэнцефалограммы у здоровых лиц, у психически больных и у психопатических личностей показали, что при психопатии, так же как и при психической болезни, чаще отмечаются аномалии электроэнцефалограммы. Ряд исследований был проведен на однояйцевых близнецах. Так, Леннокс и Гиббс (Lennox, Gibbs) утверждали, что электроэнцефалограмма у однояйцевых близнецов настолько типична и константна, что на основании данных биотоков мозга можно диагностировать однояйцевость. Однако эти данные требуют еще проверки. Кроме того, они малоприменимы в детской клинике, и многое, что аномально для электроэнцефалограммы взрослых, является еще физиологическим для ребенка. Вместе с возрастом ребенка меняется и характер его электроэнцефалограммы.

Изучались также эндокринные особенности при психопатиях. Бенедити (Benediti) и Блейлер отмечали, что эндокринные расстройства чаще встречаются у психопатических личностей с выраженными нарушениями инстинктов и влечений.

Блейлер описал особую форму психопатий с акромегалоидными особенностями, назвав ее «акромегалоидной конституцией». Изучение семейного анамнеза дало автору возможность сказать, что среди родственников этих субъектов относительно часто встречается особый тип психопатических личностей с повышенными влечениями, с наклонностью к вспышкам гнева и бродяжничеству. Однако и сам автор не склонен расценивать наследственный фактор как фатальный. Он подчеркивает, что повышенная функция гормона роста при акромегалоидной конституции находится в большой зависимости от влияний среды.

Советские психиатры поставили своей задачей исследовать **патофизиологическую сущность** отдельных клинических вариантов психопатий на основе данных И. П. Павлова о типах нервной системы, в частности о «художественном» и «мыслительном» типах высшей нервной деятельности, специфичных для человека (см. лекцию 14). Несомненно, что большинство психопатических личностей принадлежит либо к слабому варианту типа нервной системы, по И. П. Павлову, либо к сильному, неуравновешенному. Взаимоотношение деятельности двух сигнальных систем неодинаково в отдельных клинических разновидностях. Было бы, однако, неправильно рассматривать психопатии только как заострение нормальных вариантов того или другого типа высшей нервной деятельности. В каждом отдельном случае психопатии речь идет о патологическом варианте, неправильно, уродливо сформированном типе высшей нервной деятельности. Отклонения в смысле слабости, неуравновешенности и инертности нервных процессов здесь выходят за пределы нормы (Е. А. Попов). Поэтому в клинической картине той или другой разновидности конституциональной психопатии наряду с проявлениями, характерными для того или другого типа высшей нервной деятельности, всегда отмечается ряд других болезненных признаков, не наблюдающихся у здоровых лиц данного типа высшей нервной деятельности.

В то же время каждая клиническая разновидность второй группы имеет какой-то свой «стиль» личности. На это нарушение целостной структуры личности при конституциональной психопатии обратил внимание еще П. Б. Ганнушкин. Он указывает, что при конституциональных психопатиях речь идет о таких чертах и особенностях, которые более или менее определяют «весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный уклад свой властный отпечаток». Эту группу психопатий многие авторы рассматривают как «ядерную», истинную форму психопатий.

Причину происхождения психопатий второй группы чаще всего следует искать в патологических наследственных задатках. Однако данные психиатров, наблюдающих психопатии у детей в их становлении и развитии, убедительно доказывают, что патологическая наследственность отнюдь не является «фатумом». Наследственностью определяются лишь основные, структурные особенности: что же касается отдельных черт характера и степени их выраженности, то это зависит от формирующих влияний социальной среды и воспитания. При наличии благоприятных условий для развития ребенка аномальные тенденции могут не развернуться до степени патологических отклонений.

Клинические варианты второй группы психопатий значительно более разнообразны, чем первой, как по качественной характеристике, так и по степени выраженности психических расстройств. Среди них наблюдаются отдельные клинические разновидности психопатий с грубо выраженными патологическими проявлениями, которые приходится дифференцировать от психических заболеваний. Наряду с этим в данной группе отмечаются и более легкие варианты психопатий; эти люди при хороших условиях могут быть достаточно приспособленными к жизни в коллективе. Диагностическая оценка поведения такой личности может быть разной в зависимости от того, на каком жизненном этапе она наблюдается врачом.

Дифференциация отдельных клинических разновидностей этой группы психопатий проводилась в большинстве случаев на основании ведущих клинических симптомокомплексов.

Из советских авторов наиболее исчерпывающую систематику конституциональных психопатий представил П. Б. Ганнушкин. Им были выделены следующие группы: 1) циклоиды, 2) астеники, 3) шизоиды, 4) параноики, 5) эпилептоиды, 6) истерические характеры, 7) неустойчивые, 8) антисоциальные и 9) конституционально-глупые.

С систематикой, предложенной П. Б. Ганнушкиным, нельзя, однако, полностью согласиться. Во-первых, потому, что группа конституциональных психопатий здесь чрезмерно рас-

ширена: сюда включены такие формы («антисоциальные» и «конституционально-глупые»), которые нет основания выделять в отдельную разновидность психопатий, так как антисоциальные проявления могут быть при самых разнообразных формах. Кроме того, самый факт антисоциального поведения не может рассматриваться как психопатологический синдром. Что касается «конституционально-глупых», то они вообще не относятся к психопатии. Во-вторых, не соответствует наблюдениям детской клиники отнесение всех астенических субъектов к психопатии, так как у многих из них отсутствует выраженная дисгармоничность психики, являющаяся кардинальным признаком любой формы психопатии. По данным детской клиники, большинство врожденных астенических состояний может быть включено в группу так называемой врожденной нервности. По клинической картине и патогенезу «врожденная нервность» представляет самостоятельную форму, отличную от психопатий (см. лекцию 23). В-третьих, противоречит данным детской клиники объединение психопатических личностей первой группы (с чертами дисгармонического инфантилизма) и второй, так как первые представляют собой более или менее очерченную клиническую группу, кардинальным признаком которой является незрелость, детскость в психическом, а иногда и в соматическом облике больного. Они отличаются и дальнейшей динамикой своего развития. Единство группы психопатий с чертами инфантилизма определяется не только клиническими особенностями, но и патогенетической основой (см. лекцию 15). Следует отметить, что и Крепелин стремился отграничить психопатию, связанную с задержкой развития на ранней ступени (инфантилизм), от тех психопатий, которые, по его мнению, являются недоразвитыми формами эндогенных психозов.

Несмотря на недочеты, систематика психопатий, предложенная П. Б. Ганнушкиным, наиболее удачна из всех существующих в настоящее время. Она больше других схем группировки удовлетворяет требованиям повседневной клинической практики. Клиника отдельных форм психопатий представлена в ней с исчерпывающей полнотой и не только в статике, но и в динамике. Поэтому она была положена нами в основу дифференциации отдельных клинических вариантов психопатий второй группы с учетом специфических особенностей детской клиники и с некоторыми поправками, о которых сказано выше.

Первая разновидность конституциональных психопатий обозначена П. Б. Ганнушкиным термином «циклоидные». Против этого термина, так же как и против термина «шизоид», справедливо возражали многие советские психиатры. Они считали, что типология, предложенная Кречмером, — «циклоиды» и «шизоиды» — приводит к путанице понятий, к стира-

нию граней между психопатией и психозом. Было предложено заменить этот термин новым — «аффективные психопатии», «гипертимические» и «гипотимические» формы психопатий (М. О. Гуревич). Термин «гипертимические» личности употребляется и К. Шнейдером. Мы также применяем термин «аффективные» психопатические личности, учитывая, что ведущим признаком этой разновидности психопатий является расстройство преобладающего настроения, его аффективной окраски и устойчивости.

Из отдельных форм аффективных психопатических личностей в детской клинике наблюдаются главным образом гипертимические психопатии. Гипотимических форм (конституционально-депрессивных, по П. Б. Ганнушкину) мы не наблюдали у детей. Дети с преимущественно подавленным, депрессивным настроением имеют ряд особенностей, более характерных для психастении. Циклотимические расстройства настроения, по нашим клиническим наблюдениям, также чаще отмечаются у гипертимических личностей. Поэтому мы сочли возможным ограничиться описанием только одной формы аффективных психопатических личностей — гипертимического варианта.

Мы употребляем термин «гипертимический вариант» вместо «конституционально-возбужденные» (по П. Б. Ганнушкину), так как считаем, что в самом термине есть указание на патогенетические особенности этой клинической разновидности. Есть все основания предполагать, что патогенетической основой гипертимической психопатии является аномалия развития тех физиологических систем, которые лежат в основе темперамента. Для темперамента гипертимической личности характерно чрезмерно повышенное самочувствие, сочетающееся с повышенной двигательной активностью при недостаточной устойчивости.

В клинической картине патологических личностей данного типа отчетливо выступает чрезмерная оптимистическая установка. Эти дети добродушны, среди них есть хорошие товарищи. В то же время они бывают трудны в своих взаимоотношениях с коллективом в связи с отсутствием постоянства, глубины, точности во всей их деятельности. Нарушение контакта с коллективом часто объясняется повышенной раздражительностью и драчливостью этих детей. Их чрезмерная двигательная активность, наклонность во все вмешиваться раздражает других детей, что и приводит к конфликтам и дракам.

К. Шнейдер различает среди гипертимических личностей несколько вариантов: а) постоянно возбужденные, суетливые, чрезмерно веселые, хронически маниакальные; б) с повышенным самочувствием, с наклонностью к самовозвеличению и лжи; в) неустойчивые, непостоянные в своих стремлениях и поступках; г) сварливые, которые в отличие от кверулянтов не «помнят зла», так как у них нет упорства и торпидной направленности. По мнению автора, уже с детства эти дети представляют большие труд-

ности в воспитательном отношении: они повышенно подвижны, суетливы, всегда требуют чего-то нового, «тиранизируют» менее подвижных детей. Они быстро устанавливают дружественные связи, но скоро их разрывают. В своих играх они «дики» и «необузданны».

Клиническое положение этой разновидности психопатий является еще спорным. Неясна связь этой формы с маниакально-депрессивным психозом. Крепелин описывает гипертимические и депрессивные состояния у этих личностей как недоразвитые фазы циркулярного психоза. В то же время он подчеркивает, что соотношения психопатии и маниакально-депрессивного психоза здесь не так просты; наличие легких колебаний настроения не говорит еще о близости к циркулярному психозу, так как лабильность настроения бывает при различных психопатиях. Поэтому он оставляет открытым вопрос, лежат ли в основе этой психопатии те же соматические расстройства, что и при циркулярном психозе.

Другие авторы отрицают связь этой разновидности психопатий с циркулярным психозом. Юнг (Jung) рассматривает хроническую маниакальность как своеобразную психопатическую неполноценность, хотя и отмечает в клинической картине этой формы психопатий определенную периодичность. Ницше (Nitsche) наблюдал формы аффективных психопатий, при которых с детства отмечалась гипомания и легкая степень возбуждения, а к 50 годам развивался психоз с маниакальной картиной. Эти формы он рассматривал как «прогрессирующую маниакальную конституцию». Наряду с этим Ницше отмечал длительное гипоманиакальное состояние как фазу маниакально-депрессивного психоза. На основании своих данных автор все же приходит к выводу, что хронические маниакальные состояния не обязательно принадлежат к циркулярному психозу.

Байер (Bayer) в семейном анамнезе гипертимических личностей не находил выраженных форм маниакально-депрессивного психоза. Он считает, что наличие у таких лиц колебаний настроения в форме гипоманиакальных и депрессивных состояний говорит лишь о биологической близости с циклотимией, но отнюдь не об идентичности.

Выделение специальной разновидности «гипертимической» психопатии в детской клинике значительно труднее, чем в общей психиатрии. Многие из признаков, описываемых как характерные для этой формы у детей, наблюдаются как физиологическое явление (повышенное настроение, чрезмерная двигательная возбудимость, неустойчивость поведения, недостаточность выдержки, лабильность эмоций).

Выраженные клинические формы этой разновидности психопатий относительно редко встречаются в детском возрасте. При обобщении (1930) наших наблюдений о «циклоидных» психопатиях, собранных за 7-летний период работы в психоневрологической школе-санатории, мы могли выделить только 12 человек с выраженными формами (из них 10 мальчиков; возраст детей 8—15 лет).

Изучая развитие клинической картины этой формы психопатий, мы могли отметить, что первые проявления наблюдаются иногда в конце дошкольного периода, чаще в школьном. Эти дети расцениваются родителями и педагогами как трудные в воспитательном отношении. Основные признаки патологического поведения детей в этом возрасте — это чрезмерная подвижность, суетливость, болтливость, быстрая отвлекаемость. Несмотря на хорошие способности, они плохо учатся, так как

с трудом могут сосредоточиться на работе. Они небрежны и часто не доводят до конца начатое. Уже в этом возрасте удается установить, что двигательное возбуждение у таких детей связано с ненасытной жаждой деятельности. Они с энтузиазмом принимаются за любую работу, всем интересуются. Двигательное возбуждение сочетается у них с повышенным веселым настроением, хорошим самочувствием и чрезмерно высокой самооценкой. Все окружающее оценивается ими положительно и в жизнерадостных тонах. Так, мальчик 9 лет на вопрос, как он провел праздники, отвечает: «Так хорошо, что ни в сказке сказать, ни пером описать». На вопрос врача, что у него болит, отвечает: «Я здоров, не болею, никогда не болел и болеть не буду!». Работать они любят, но в связи с повышенной отвлекаемостью продуктивность их слабая. Во время школьных занятий они плохо успевают, так как во все вмешиваются, принимают участие в делах каждого ученика, очень горячо все обсуждают.

Чтобы заставить их работать длительно, требуется занятие, которое бы целиком их захватило, давало бы простор творчеству. Исполняют всякую работу они с интересом, быстро. Интеллект у этих детей не страдает. Отмечается легкая смена ассоциаций. Хорошо дается обобщение, доступны и абстрактные понятия.

К окружающему они быстро приспосабливаются, хорошо ориентируются в ситуации, не стесняются присутствия новых лиц, не тормозятся незнакомой обстановкой. Быстро сливаются с детской средой. Несмотря на конфликты и драчливость, они пользуются авторитетом и часто любовью детей. Любят быть вожаками, но в то же время сами легко поддаются влиянию других, их настроение характеризуется резкой лабильностью. Веселое настроение легко переходит в раздражительное. Под влиянием незначительного повода отмечаются аффективные вспышки, но они недлительны, в них нет настоящей злобы и агрессии против обидчика. Наблюдаются колебания в поведении ребенка. Временами наступают полосы чрезмерного двигательного и речевого возбуждения. Ребенок становится возбужденным более, чем обычно, много суетится, без умолку болтает, смеется, дурачится, ко всем пристает, ни минуты не остается в покое. Во время классных занятий постоянно задает вопросы педагогу и, не дослушав ответа, вновь начинает спрашивать. Много рассуждает на разные темы, причем мысль перескакивает с одного на другое, часто теряется нить.

Такие состояния длятся обычно только несколько часов, реже 2—3 дня. У некоторых больных наряду с состоянием двигательного возбуждения бывают и периоды подавленности, вялости. Они становятся более тихими, молчаливыми, неохотно идут на классные занятия, на уроках зевают. Пребывание в школе-санатории в течение 1—2 лет оказывает на этих детей

обычно благоприятное влияние. Они делаются значительно спокойнее и более усидчивыми в работе.

Примером может служить следующая история болезни.

Мальчик 9 лет. В семейном анамнезе патологического отягощения нет, преобладают люди спокойные, общительные, жизнерадостные. Беременность им протекала нормально, но за месяц до родов мать болела сыпным тифом. Роды в срок, нормальные. Рано научился ходить (к 11 месяцам), но долго плохо говорил (чистая речь только в 5 лет). До 4 лет жил у бабушки, жалоб на поведение мальчика не было. С 4 лет возвращен родителям; мать обратила внимание на то, что ребенок чрезмерно подвижен, беспокоен. Был отдан в специальный санаторий, но изменений в поведении не отмечалось. Воспитатели жаловались, что мальчик упрям, непослушен, двигательно возбужден. В то же время интеллектуально был развит хорошо, научился читать самостоятельно 6 лет, проявлял большой интерес к природе. В школу пошел 8 лет. Часто уходил из школы, гулял по улицам, убегал от матери. За последний год стал брать без спроса деньги на кино и на сладости. Стал более раздражительным, в состоянии раздражения бил мать.

Был отдан в школу-санаторий. При приеме легко вступает в контакт с врачом. На вопросы отвечает целым потоком рассказов и воспоминаний о себе, о своей жизни на даче. Может говорить очень долго. Если его не останавливать, незаметно для себя переходит от одной темы к другой. Во время беседы двигательно возбужден, ходит по комнате, вертится, хватает все, что попадается под руку, говорит, жестикулируя, иногда гримасничает. Речь культурная, говорит быстро, запас слов большой. Мимика живая, выразительная. Хорошо ориентирован в окружающем. В школе остался охотно, чувствует себя, как в давно знакомой обстановке. Держится развязно. В первый же день подрался с одним мальчиком и быстро помирился. В классе часто вскакивает, отвечает за других, во все вмешивается. В группе вначале пользовался авторитетом, но очень быстро отношение к нему изменилось из-за его драчливости. Настроение всегда повышенное, веселое, жизнерадостное. У него «все всегда обстоит хорошо». Чувствует себя «превосходно», но настроение легко меняется в связи с конфликтами с детьми. Плачет, иногда сильно раздражается, бывают аффективные вспышки. Отмечаются также нерезко оформленные колебания настроения без видимой внешней причины. Они выражаются в усилении двигательного возбуждения, повышенной болтливости, наклонности к остротам и рифмованию. Веселое, жизнерадостное настроение по малейшему поводу сменяется раздражительным. В это время отмечаются озорство, непослушание, грубые шалости, но без злобы. Ко всем пристает, мешает заниматься, приходится удалять его из класса. Такое состояние непродолжительно (несколько часов). Вне этих состояний доброжелателен, очень ласков, но глубоких привязанностей ни к кому не имеет. Выдержанности и принципиальности также не отмечается. За работу берется охотно, всегда отзывается на предложение руководителя выполнить то или иное задание, но, взявшись, до конца не доводит. Интересы многочисленны и разнообразны. Интеллект развит, хорошо обобщает, все быстро схватывает. Любит природу, обнаруживает склонность к музыке, ритмике, графическую и техническую одаренность. Очень самоуверен, самонадеян. Часто говорит: «Я все знаю, все умею!». Любит проявлять свои «таланты», похвастаться.

К работе очень быстро приспосабливается, быстро схватывает задания, с жаром берется за выполнение. Работает торопливо, но очень небрежно. К длительному напряжению не способен. Отмечается повышенная жажда развлечений, любовь к сладостям. Если чего-нибудь захочет, требует этого беспрестанно, пока не удовлетворят его просьбу.

Мальчик находился в школе-санатории год. Стал более дисциплинированным, усидчивым, менее грубым. Аффективные вспышки отмечались

реже. Был выписан с улучшением. Уехал с родителями в другой город. По полученным сведениям, патологические черты в поведении мальчика с возрастом сглаживались. В настоящее время ему 37 лет, работает художественным руководителем в театре.

Диагноз психопатической гипертимической личности в допубертатном периоде должен ставиться с большой осторожностью. Однако в данном случае мы считали небходимым обратить внимание родителей мальчика и лечащего врача на то, что мальчик «угрожаем» в смысле возможности развития психопатии и нуждается в воспитании в лечебно-педагогическом стационаре.

Динамика клинических проявлений у гипертимических личностей в большинстве случаев благоприятна, ибо с годами двигательное возбуждение стихает. У подростков старшего школьного возраста мы не наблюдали такого двигательного и речевого возбуждения, как у детей дошкольного и младшего школьного возраста. У них отмечается лишь двигательное беспокойство, суетливость, иногда болтливость. Повышенное веселое настроение, хорошее самочувствие сохраняются и у подростков старшего школьного возраста. У многих из них наблюдается чрезмерная самоуверенность, повышенная жажда удовольствий, что при неблагоприятных условиях приводит некоторых из них к антисоциальным поступкам. Они бросают школу, втягиваются в праздную жизнь безнадзорных подростков, начинают воровать. У многих из них отмечается повышенная сексуальность.

При благоприятных условиях, при наличии правильного трудового режима, интересующей их работы многие из этих подростков хорошо учатся.

Клиническая картина гипертимической психопатии становится значительно более сложной в пубертатном периоде. Как известно, у психопатических личностей свойственная данному периоду нейро-эндокринная перестройка проявляется в более грубой форме, чем у здоровых. В этом периоде гипертимические личности становятся более грубыми, непослушными, раздражительными, отказываются подчиняться какому-либо авторитету. Осознание своей растущей силы и самостоятельности придает свойственной им повышенной самооценке патологический характер. Усиление инстинктивной жизни, повышенная жажда удовольствий при отсутствии трудовой обстановки может быть причиной многочисленных конфликтов в семье и школе. Половое влечение у гипертимических личностей достигает в пубертатном периоде сравнительно большой силы, что нередко приводят подростка к различным эксцессам.

Жажда деятельности при отсутствии возможности добиться желаемого приводит иногда к патологическим реакциям. В отдельных случаях могут возникнуть реактивные депрессии

с суицидальными мыслями (суицидальных попыток среди наших больных мы не наблюдали).

У некоторых гипертимических личностей в пубертатном периоде впервые возникают более длительные и более оформленные расстройства настроения, которые можно назвать циклотимическими. У девочек они возникают с началом менструаций. Расстройства настроения характеризуются колебаниями от подавленного до возбужденно-веселого. Эти колебания возникают иногда без видимых внешних причин. В клинической картине каждого из этих состояний можно отметить более или менее выраженные признаки классической триады симптомов циркулярного психоза.

При гипоманиакальном состоянии у этих подростков наблюдается двигательное возбуждение, проявляющееся обычно в необузданных шалостях. В связи со свойственной этим подросткам предприимчивостью и стремлением быть вожаком им удается вовлечь в эти шалости и других, более внушаемых детей и таким образом дезорганизовать весь режим школы или санатория. Наряду с повышенно веселым настроением у них отмечается и большая раздражительность, драчливость, наклонность к озорству. В эти периоды проявляется повышенная сексуальность, они пристают к подросткам другого пола, рассказывают анекдоты неприличного содержания, поют циничные песни. Такие состояния продолжаются от нескольких дней до 2—3 недель и по своим клиническим проявлениям никогда не достигают выраженной картины маниакального состояния. Неопытными педагогами они часто неправильно расцениваются как шалость и распущенность.

Депрессивные состояния слабо очерчены. Выраженной картины депрессии у этих подростков мы не наблюдали. Отмечается лишь несколько пониженное настроение с оттенком тоскливости и вялости, нежелание двигаться, общаться с товарищами. Теряется свойственная этим подросткам инициатива, энергия. Они неохотно включаются в предлагаемую им работу, держатся в стороне от других детей. Часто жалуются на скуку, усталость, тошноту, боли в различных частях тела. Раздражительны, обидчивы, девочки плаксивы. Аппетит в течение депрессивного приступа обычно понижен. Сон страдает, как, впрочем, и во время гипоманиакальных состояний.

Начало и конец того и другого приступов нерезко очерчены. Они постепенно начинаются и кончаются и незаметно переходят в обычное состояние. Вне этих приступов состояние обычное для гипертимической личности.

По катамнестическим данным, дальнейшее течение этих циклотимических расстройств настроения благоприятное. С годами колебания отмечаются значительно реже и более мягко протекают.

Ни у одного из наблюдавшихся нами больных в дальнейшем не развился циркулярный психоз.

Мальчик 12 лет. Подробные данные о наследственности отсутствуют. Известно лишь, что у брата мальчика с 12-летнего возраста отмечались расстройства настроения. Он также находился в школе-санатории, где наблюдались приступы нерезко выраженной депрессии и гипоманиакального состояния. После 3-летнего пребывания в школе-санатории эти приступы стали значительно реже. По катамнестическим данным, в настоящее время (в возрасте 38 лет) служит на предприятии. Временами бывают (реактивно) депрессивные состояния.

Наш больной второй по счету ребенок, беременность им протекала тяжело, родился в состоянии асфиксии (перекручивание пуповины). Физическое развитие запоздалое. Из болезней перенес только корь.

Умственное развитие шло хорошо. Был очень подвижным, любознательным, любил общество детей, игры. На 6-м году, после смерти отца, был направлен в детский дом. Там оказался трудным ребенком в воспитательном отношении в связи со своей чрезмерной подвижностью. По совету врача был направлен в детскую психиатрическую больницу, где пробыл 4 месяца. В возрасте 8 лет был помещен в школу-санаторий. При поступлении мать жаловалась, что мальчик слишком живой и подвижный, временами становится возбужденным, агрессивным, трудным в воспитательном отношении.

Физическое состояние: телосложение правильное. Мягко очерченный профиль. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Органических симптомов со стороны нервной системы не отмечается. Изредка ночное недержание мочи (раз в 2—3 месяца). Моторная сфера развита хорошо, движения закруглены, плавны. Мимика живая, осмысленная, ссанка бодрая, походка легкая, пластичная. Лабораторные исследования крови и мочи не обнаружили ничего патологического. Реакция Вассермана отрицательная.

Психическое состояние: округленное, розовое, всегда приветливо улыбающееся лицо мальчика производит впечатление жизнерадостности и здоровья. Контакт с ним устанавливается легко. Он открыт, доступен, при исследовании старается как можно лучше выполнить задание. Всякий раз справляется, хорошо ли ответил; сам всегда доволен своими ответами. Мышление конкретного типа: все придуманные им рассказы на свободные и заданные темы носят реалистический характер. Внимание не распределено, быстро отвлекается. Легко внушаем. Память удовлетворительная. Ассоциации поверхностны, много внешних ассоциаций. Обычное бодрое настроение часто сменяется периодами возбуждения, когда мальчик шумлив, много двигается, носится по коридорам, дерется с детьми, на уроках неусидчив, не заканчивает начатой работы. Такой период длится от нескольких дней до 3 недель, переходя в обычное состояние, или сменяется периодом подавленности, когда мальчик становится вялым, ничем не интересуется, ходит без дела, весь как-то опускается. Глаза тускнеют. Ребенок худеет, становится раздражительным, капризным, жалуется на головную боль, боль в животе, сам просит, чтобы его уложили в постель. Объясняет свое состояние болезненностью или тем, что скучно, ничего не хочется делать. Эти приступы возникают без внешней причины, длятся 1—3 дня и постепенно переходят в обычное спокойное состояние. По характеру мальчик незлобивый, мягкий, легко заражается примером окружающих. Все делает с большой охотой, в играх азартен, быстро всем увлекается. Лакомка, изредка отмечались мелкие кражи съестного. В классе вне приступов занимается без особой охоты, нет интереса к интеллектуальной работе, продуктивность средняя. Любимые занятия — физкультура и ручной труд. Обнаружил хорошие технические способности и графическую одаренность.

За время наблюдения в школе-санатории (4 года) возбуждения стали отмечаться реже; в первый год их было 4; за последний год они совсем

не наблюдались. Приступы депрессии повторялись (1—2 раза в год), но стали более кратковременными и менее выраженными.

Катамнестические данные: после выписки из школы-санатория мальчик был переведен в массовую школу; там быстро привык, подчинился режиму школы. Физическое состояние мальчика несколько ухудшилось, он стал более бледным, вновь появился прекратившийся в школе-санатории ночной энурез. В течение года неоднократно обращал на себя внимание педагогов некоторой подавленностью, но оформленных приступов депрессии они не отмечали. Школу закончил, работает на производстве. Жалоб на расстройства настроения нет.

Из приведенных данных видно, что уже с дошкольного возраста у обоих братьев имелись некоторые патологические особенности эмоции и темперамента, которые становятся более выпуклыми при перемене обстановки, при помещении детей в детский дом. Там детей расценивают как трудно воспитуемых, их исключают за нарушение дисциплины.

Течение заболевания у обоих братьев было благоприятное, циклические расстройства настроения с годами становились значительно реже и протекали более мягко (возможно, здесь играет роль более спокойная обстановка в школе-санатории).

Наши наблюдения количественно недостаточны и катамнез *слишком непродолжителен для того, чтобы решить спор*ный вопрос о связи этих циклотимических колебаний с циркулярным психозом (циркулярный психоз в семейном анамнезе этих детей не отмечался; среди родственников преобладали люди жизнерадостные, общительные). Нашими клиническими наблюдениями устанавливается лишь, что данная клиническая разновидность психопатий представляет собой «клиническое целое», объединенное рядом общих признаков, связанных с повышенным, но неустойчивым настроением и самочувствием. Есть некоторые общие черты и в соматическом складе этих детей. В большинстве случаев они выглядят бодрыми, свежими, у них хороший тургор, гладкая эластичная кожа, румянец. Характерна относительная частота сердечно-сосудистых расстройств. У некоторых детей этой группы отмечались нарушения обмена (излишнее ожирение, мочекислый диатез, артритические явления). Дисфункция вегетативной нервной системы чаще проявляется в повышенном тонусе симпатической нервной системы.

Типичные для всей группы признаки отмечаются и в особенностях их динамики, в большой изменчивости картины психопатии в зависимости как от возрастной фазы развития подростка, так и от условий воспитания и окружающей среды. Все поведение подростка резко меняется, когда он попадает в новую обстановку. Однако основные особенности гипертимической психопатии (повышенное веселое настроение, большая подвижность, жажда деятельности, повышенная живость интеллектуальных процессов) у них более или менее сохраняются. При благоприятных условиях, когда их предприимчивость,

энергия направлены на полезную деятельность, они не представляют больших трудностей в воспитательном отношении и легко приспосабливаются к предъявляемым требованиям.

Диагностика этой клинической разновидности психопатии потому так и трудна, что при одной и той же качественной структуре отдельных синдромов степень выраженности болезненных проявлений сильно колеблется в зависимости от среды, в которой живет ребенок или подросток. Отсюда понятно, что основные пути лечебно-педагогического воздействия на этих детей можно найти в хорошо организованной среде и в разумной деятельности, направляющей их энергию и чрезмерную подвижность по социально полезному пути. Если это удается сделать, то при раннем обнаружении такой клинической разновидности психопатий прогноз всегда благоприятен.

Лекция 19

КЛИНИКА ПСИХОПАТИЙ ВТОРОЙ ГРУППЫ

(Продолжение)

Аутичные (патологически замкнутые) и психастенические личности

Центральное место во второй группе психопатий принадлежит той клинической разновидности, которая характеризуется наиболее резко выраженной дисгармонией развития отдельных сторон личности, отсутствием их внутреннего единства, противоречивостью эмоций, стремлений и поступков. Эти формы были описаны авторами под разными названиями. Крепелин назвал таких патологических личностей «чудаками», Кречмер и Блейлер — «шизоидами». П. Б. Ганнушкин (описавший еще до Кречмера особую форму патологической «шизофренической конституции») оставляет для этой формы психопатий название «шизоид». М. О. Гуревич, В. А. Гиляровский характеризуют эти формы термином «патологически замкнутые». Мы также считаем целесообразным заменить термин «шизоид» (которым мы пользовались в прошлых работах) названием *аутичные, патологически замкнутые личности*.

Клиническая картина этих форм у взрослых характеризуется П. Б. Ганнушкиным следующими признаками: «аутистическая оторванность от внешнего, реального мира, отсутствие внутреннего единства и последовательности в психике, причудливая парадоксальность эмоциональной жизни и поведения». Эмоциональная жизнь их дисгармонична. «У них,— писал П. Б. Ганнушкин,— часто можно обнаружить тонкое эстетическое чувство, большой пафос и способность к самопожертвованию в вопросах принципиальных и общечеловеческих; они, наконец, могут проявлять много чувствительности по отношению к людям, ими воображаемым, но понять горе и радость реальных людей, их окружающих, им труднее всего».

Клинические особенности этих психопатий в детском возрасте были описаны рядом авторов (М. О. Гуревич, Р. А. Морган, Т. П. Симсон, М. С. Певзнер, Н. И. Озерецкий и др.). Изучая клинику конституциональных психопатий в детском возрасте, мы также выделили среди них отдельную группу под названием «шизоидных психопатий» (1925). Эта клиническая разновидность психопатий, сравнительно не часто встречающаяся у детей (у мальчиков относительно чаще), представляет большие трудности при отграничении ее от шизофрении.

При наблюдении таких детей на ранних этапах развития нередко можно установить, что уже в 3—4-летнем возрасте они отличаются от своих сверстников. «Был какой-то странный ребенок, не такой, как все»,— обычно говорят о них родители. В одних случаях подчеркивается чрезмерная впечатлительность ребенка, вздрагивание при каждом звуке, боязнь всего нового, в других — отмечается чрезмерное двигательное беспокойство, в третьих, наоборот, вялость, пассивность. В большинстве случаев указывается на отгороженность ребенка: «С раннего детства был тихим, никогда ничего не просил, не любил ласкаться».

В дошкольном возрасте обнаруживается отгороженность от своих сверстников, отсутствие обычного для ребенка стремления к совместным играм. Они всегда предпочитают общество взрослых, с которыми склонны вести разговоры на самые различные темы, чаще всего не соответствующие по своему содержанию детскому возрасту. Уже в конце дошкольного или в младшем школьном возрасте отчетливо выступает наиболее существенная черта дисгармонического развития этих детей. Это — явное несоответствие между ускоренным умственным развитием и недоразвитием двигательной сферы. Такие дети очень рано (в 4—5 лет), обычно без планомерной помощи взрослых, начинают читать (читают афиши, объявления). Они обнаруживают очень большую любознательность, задают бесконечные вопросы (по своему содержанию эти вопросы обычно не соответствуют детскому возрасту) и таким образом легко накапливают большой запас сведений.

В отличие от других детей у них очень рано обнаруживается особый интерес к отвлеченному. Они расспрашивают о происхождении мира, о причинах жизни и смерти, о различных странах и их обитателях. Нередко отмечается большое пристрастие к математическим вычислениям. У некоторых из них наблюдается интеллектуальная одаренность. И в то же время такой одаренный ребенок (так называемый «вундеркинд») не может обучиться самым элементарным формам самообслуживания: ест небрежно, неопрятно, не умеет хорошо умыться, правильно одеться, зашнуровать ботинки, убрать свою постель. Навыки письма им также даются труднее, пишут они неряшливо. Многие из них проявляют очень слабую

двигательную активность, не любят двигаться, предпочитают сидячие игры. Даже при двигательном беспокойстве они малоактивны в своей деятельности, несамостоятельны, пассивны.

При обследовании ребенка в клинике обращает на себя внимание и его внешний вид: нескладная фигура, часто напоминающая маленького старичка. Этому соответствует неповоротливость, угловатость движений, то очень замедленных, то порывистых. Походка неуклюжая: ходит вразвалку или сгорбившись, широко размахивая руками. Дети сами часто отмечают свою двигательную недостаточность: «Я всегда был немножко неуклюжий,— говорит мальчик 11 лет,— не играл в физические игры, а в такие, где можно без товарищей». «Мне трудно осуществить задание,— говорит другой мальчик 12 лет,— пробовал заняться ручным трудом, ничего не вышло, сразу отбило охоту».

Мимика часто однообразная, но взгляд живой, то спокойный, то хмурый, недовольный. Выражение лица часто серьезное, нет детской непосредственности. Тон и манеры взрослого человека, речь богатая по запасу слов. Отмечается хорошая память на слова и числа. У большинства детей старшего возраста обнаруживается начитанность, большой запас сведений из той или другой интересующей их области. Отмечается очень большая любовь к рассуждениям. Формулируя свою мысль, они идут длинным, обходным путем, употребляют много лишних слов, но последовательность мышления сохранена; нет разлаженности, логические процессы часто протекают на высоком уровне. Они способны к обобщению и абстракции, хорошо улавливают главное; различие и сходство устанавливают по существенному признаку. Однако мышление их дисгармонично (как и вся личность в целом): дети лучше оперируют отвлеченными понятиями, чем конкретными образами.

Некоторые из них обнаруживают особое пристрастие к схематизму, логическим комбинациям. Мальчик 14 лет говорил: «Мои убеждения для меня священны. Если факты говорят против моих убеждений, я должен проверить факты, чтобы поискать в них ошибку».

Одни дети очень робки, застенчивы, неохотно вступают в беседу, другие, наоборот, очень словоохотливы, любят беседовать со старшими на различные отвлеченные темы. Однако они сразу замыкаются и становятся скупыми на слова, когда разговор касается более интимных переживаний. Требуется длительное время, чтобы завоевать их доверие и наладить более близкий контакт. В таком случае удается установить еще одну особенность этих детей — это способность к самоанализу, критическая оценка своей неполноценности. С этим иногда связаны тяжелые переживания, тщательно скрываемые ребенком.

Приспособляемость этих детей к окружающей среде, к коллективу всегда в большей или меньшей мере страдает. Большинство из них тяготится пребыванием в коллективе. Некоторые дети не могут найти свое место в детском коллективе, чувствуют себя угнетенными среди сверстников, так как в связи со своей двигательной недостаточностью они служат мишенью для шуток и насмешек. Их дразнят, дают им обидные прозвища, иногда бьют. «Дети — мои враги»,— говорит мальчик 11 лет. Другой мальчик 12 лет поясняет: «Товарищей много, но близких нет». Однако большинство этих детей при правильной постановке лечебно-педагогической работы в учреждении постепенно завоевывает авторитет в детском коллективе. Их ценят за большие знания, справедливость, хорошо продуманные суждения.

Возможность приспособления этих детей к окружающей обстановке и коллективу, характер этого приспособления зависят в значительной степени от особенностей их эмоциональной сферы. В этом отношении среди психопатических личностей данного типа отмечается большое разнообразие. Среди них наблюдаются эмоционально холодные, озлобленные субъекты и тихие, эмоционально вялые, маложизнерадостные дети. Они никогда не высказывают никаких жалоб, но и не испытывают особой радости. Другие почти всегда находятся в несколько приподнятом настроении, разговорчивы, много двигаются, шутят. Но и у них нет настоящего веселья, есть только суетливость, повышенная болтливость, иногда желание обратить на себя внимание. Третьи характеризуются повышенной раздражительностью, капризностью, упрямством.

Несмотря на существенные различия в характеристике эмоциональной сферы этих патологических личностей, у них имеется и ряд общих черт. Это — отсутствие детской непосредственности и недостаточность единства и цельности переживаний. О таких детях часто трудно сказать, холодны они или чувствительны, ибо у них обычно сочетается и то, и другое. Например, флегматичный с виду, эмоционально вялый мальчик 13 лет испытывает особую привязанность к сестре, которая его воспитала. Получив от нее письмо, он стремится уединиться, чтобы читать его без свидетелей, читает со слезами на глазах. Мальчик 14 лет, характеризуемый лечащим врачом и педагогом как эмоционально холодный, безразлично ко всему относящийся, оказывается очень тонко чувствующим, глубоко и длительно переживает разлад в семье, уход отца.

Многие эмоционально холодные субъекты, «мизантропы», обнаруживают повышенную чувствительность к красотам природы, к искусству. Наиболее чувствительным, ранимым местом у большинства из них является чувство собственной недостаточности. При этом неуверенность в своих силах иногда сочетается с повышенной самооценкой, с убежденностью

в своем превосходстве. На всякую обиду, на уколы своего чрезмерно повышенного самолюбия они дают неадекватные патологические реакции.

Нет цельности переживаний также в сфере инстинктов. Многие из этих детей отличаются слабым инстинктом самосохранения: у них нет заботы о себе, они не умеют за себя постоять. Нередко отмечается повышенная сексуальность, проявляющаяся главным образом в онанизме, в эротических мечтах.

Наибольшее наслаждение они испытывают при чтении книг. Интересную книгу они обычно предпочитают играм с товарищами.

Одной из наиболее характерных особенностей данной клинической разновидности психопатий является недостаточная потребность в общении с другими. Это дает основание считать аутистические тенденции одним из основных признаков клинической картины. Действительно, в большинстве случаев такие дети замкнуты, скрытны, неохотно делятся своими переживаниями с окружающими. Они держатся в стороне от других, тяготятся необходимостью жить в детском коллективе. «Я люблю всегда быть одной! Мне приятно думать»,— говорит девочка 12 лет.

Работоспособность их во время классных занятий обычно вполне удовлетворительна. Они занимаются с интересом и делают большие успехи. Многие из них числятся среди первых учеников в классе. Однако нередко можно отметить, что продуктивность этих детей ниже их интеллектуальных возможностей. Это объясняется большой рассеянностью, повышенной отвлекаемостью не столько на внешние, сколько на внутренние стимулы. Они постоянно сосредоточены на каких-то своих мыслях. Недостаточная продуктивность находит свое объяснение и в инертности: им очень трудно начать работу, а также трудно ее закончить. Трудно распределить время, они постоянно запаздывают. Предоставленные самим себе, эти дети не могут правильно организовать свою деятельность, бродят бесцельно либо начинают шалить и дурачиться.

В воспитательном отношении эти дети представляют некоторые трудности. Они плохо подчиняются режиму из-за тупого, часто немотивированного упрямства в одних случаях или чрезмерного педантизма — в других. Педагог просит мальчика 13 лет, всегда сдержанного и корректного, подвинуться за обеденным столом, на что получает ответ: «Я принципиален и педантичен и потому не подвинусь».

Многие из этих детей трудны для детского коллектива. Одни из них надоедают товарищам своей дурашливостью, шутовством, клоуничанием. Другие невыносимы в связи с их педантичной, негибкой принципиальностью, борьбой за справедливость, что очень часто сочетается у них с эгоцентризмом.

Есть некоторые общие черты и в соматическом состоянии этих детей, проявляющиеся прежде всего в диспропорциональности телосложения и в недостаточности двигательной сферы. Чрезмерно высокий рост с евнухоидными пропорциями (длинные ноги, высокий таз), узкая уплощенная грудная клетка, опущенные плечи, иногда небольшая сутулость. Терминальные волосы часто отсутствуют. Мускулатура вялая, очертания мышц не намечены. Кисти рук и стопы цианотичны, влажны и холодны на ощупь. Половые органы часто недоразвиты. Осанка вялая, походка то медлительная, то неровная, подпрыгивающая, несколько связанная, то неуклюжая, «развихленная». Движения неловкие, угловатые, много лишних движений. Со стороны нервной системы обычно грубых отклонений нет. Нередко отмечаются отдельные признаки вегетативной дистонии — чаще усиление тонуса парасимпатической системы (положительный симптом Ашнера). Можно также отметить относительную частоту сосудистой гипотонии у этих подростков, наклонность к колитам, неравномерный аппетит (то повышенный, то пониженный) и невыносливость к голоданию, легко наступают гипогликемические состояния.

Мальчик 10 лет. Отец 34 лет страдает частыми головными болями, нервный, вспыльчивый, раздражительный, замкнутый, холодный к окружающим. Сам отмечает у себя плохую двигательную способность. Дед по линии отца мягкий, добродушный, общительный. Бабка замкнутая, энергичная, трудолюбивая. Брат ее умер 62 лет в психиатрической больнице. При жизни был скупым, отказывал себе в необходимом, копил деньги, жил замкнуто. Мать вспыльчивая, раздражительная, плаксивая, с частыми сменами настроения, большей частью в сторону угнетенного. Дед и бабка по линии матери здоровы. Одна из сестер бабки интеллектуально неполноценная; ее дочь больна шизофренией. Из братьев бабки двое слабоумных.

Мальчик от первой беременности, роды без отклонений. Раннее развитие правильное. В грудном возрасте перенес тяжелую дизентерию, в 3 года — корь, в 5 лет — скарлатину в легкой форме. Рос тихим, застенчивым, маложизнерадостным ребенком, неохотно играл с детьми.

Был пуглив, боялся темноты, одиночества. Умственное развитие было хорошим, 6 лет научился читать. Был любознательным, постоянно задавал вопросы, требовал исчерпывающих ответов. С 8 лет поступил в школу, сразу во второй класс. Плохо приспосабливался к школьному коллективу, жаловался, что дети обижают его, так как он «физически слабый». Приходил домой в слезах, отказывался ходить в школу. Учился удовлетворительно, однако педагоги были недовольны им, отмечали у него большую рассеянность, двигательное беспокойство; на уроках читал книги или разговаривал, часто говорил сам с собой. Мальчик и дома стал более раздражительным, капризным, расстроился сон. Был направлен в школу-санаторий.

Физическое состояние: по росту и весу несколько выше своего возраста, узкая длинная грудная клетка, кисти рук цианотичны, холодны и влажны на ощупь. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Аппетит понижен, изредка поносы.

Нервная система: органических симптомов нет. Движения неуклюжие, походка несколько связанная. Лабораторные данные: кровь, моча без отклонений.

Психическое состояние: на обследование пришел охотно, но особой заинтересованности не проявил. Доступен только внешне, внутреннего кон-

такта с ним за все время установить не удалось. Выражение лица хмурое, с миной недовольства. Мимика вялая, однообразная. Речь правильная, с большим запасом слов, слабо модулированная. Любит резонерствовать, говорит длинными фразами. Свое поступление в школу-санаторий объясняет тем, что плохо учился, не удавалось письмо «в смысле орфографии». Часто разговаривал сам с собой: «Это нужно вылечить».

Плохо привыкает к новой обстановке. Находится в стороне от детского коллектива. Со всеми детьми у него отношения ровные, но друзей у него нет. Замкнут и с педагогами. В то же время у него очень развито чувство товарищества, справедливости. Всегда держит данное слово, благодаря чему пользуется среди детей авторитетом. За свою справедливость был избран помощником вожатого, аккуратно исполнял свои обязанности, чувствовал ответственность. В своих выступлениях очень правдив и справедлив.

Отношение к школьной работе небрежное, часто не выполняет заданий, так как забывает о них. Рассеян, забывает свои книги в трамвае. Первое время и на уроках не участвовал в занятиях, а читал принесенную из дома книгу. Мало обращал внимания на то, что делается вокруг него. В дальнейшем стал проявлять интерес к занятиям, работает самостоятельно, хорошо успевает, но небрежен, часто не доводит до конца начатое. Влиянию окружающих поддается с трудом. Самостоятелен в своих поступках и суждениях.

Преобладающее настроение вялое, подавленное. Малоподвижен и почти не принимает участия в детских играх. Движения угловаты, неуклюжи, и он сам это понимает, тяжело переживает свою недостаточность, отказывается от физкультуры. Не любит физического труда. Больше всего любит чтение, увлекается книгами по истории и обществоведению. На заданный педагогом вопрос: «Чего бы ты хотел?» — написал: «Хотел бы познакомиться со всеми революциями, какие были в мире!».

За время наблюдения в школе-санатории стал значительно бодрее, активнее. Улучшились работоспособность и контакт с детьми. Через год был переведен в массовую школу.

Катамнестические данные: после выписки из школы-санатория закончил школу-десятилетку и высшее учебное заведение. Учился хорошо, но по-прежнему плохо сходился с товарищами.

В годы Великой Отечественной войны был призван в армию и погиб на фронте.

У девочек эта разновидность психопатий встречается относительно реже, и картина ее менее типична. Характерные для аутичных личностей особенности мышления, наклонность к абстрактному, схематическому у них значительно менее резко выражены; не наблюдается и таких резких нарушений в двигательной сфере. Выразительные движения, мимика, голос у них обычно не страдают.

В клинической картине психопатии у девочек на первый план выступают расстройства в аффективной сфере; впечатление странной чудаковатости у них создается противоречивостью их эмоций, игрой самых причудливых эмоциональных сочетаний. Отличительной особенностью у девочек является также лабильность настроения. Последняя резко отличается от истерической лабильности и от эндогенных фаз настроения при циклотимии своей причудливостью, сочетанием сензитивности и эмоциональной тупости, внутреннего напряжения с внешней холодностью, наличием отдельных чувствительных уголков» с общей эмоциональной уплощенностью. Их взвин-

ченность, капризность, причудливость нередко производят впечатление истерической реакции. Однако и у девочек наблюдается аутистическая установка. Они малообщительны, замкнуты, плохо сходятся со сверстниками. Так же как и у мальчиков, у них слабо выражена потребность в контакте с окружающими.

Динамика этой формы психопатий в зависимости от возраста ребенка и от окружающей социальной среды и жизненно-ситуационных моментов изучалась нами в течение прошлых лет.

Анализируя развитие клинических проявлений психопатий у детей различного возраста, мы могли отметить, что основные признаки появляются очень рано. Уже в дошкольном периоде наблюдается диссоциация между хорошей умственной и плохой практической деятельностью. При достаточных, а иногда и высоких интеллектуальных данных очень резко выражены нарушения со стороны двигательной сферы (неловкость, неуклюжесть движений, плохие навыки в самообслуживании). Дети отличаются малой жизнерадостностью. Они невеселые, скучные, не тянутся к другим детям. И в дошкольном возрасте они плохо играют с детьми, созерцают с серьезным видом игру других, но сами участия в ней не принимают. В школьном возрасте более ясно выступает недостаточно выраженная потребность в общении с другими. Дети замкнуты, очень сдержанны в выявлении своих эмоций. Предпочитают общество взрослых или детей старшего возраста, с которыми их связывают общие интеллектуальные интересы. В школьном возрасте становятся еще более отчетливыми особенности мышления этих детей: наклонность к абстракции при недостаточности конкретного мышления, резонерство, рассуждательство.

Пубертатный период у них часто протекает тяжело, наблюдается обострение патологических проявлений, нарастает наклонность к мудрствованию, беспредметному философствованию, рифмованию. Бывают и расстройства настроения, иногда резкая дурашливость, повышенная раздражительность, грубость. В этом периоде под влиянием жизненных неудач, трудной ситуации у них чаще возникают различные патологические реакции, усложняются свойственные им невротические образования.

Из отдельных форм патологических реакций у этих детей наиболее частыми являются: 1) различные невротические образования; 2) состояние дурашливости; 3) реакции кратковременного застывания кататоноподобного характера.

1. Невротические образования — страхи, расстройства сна и аппетита возникают в связи с различными конфликтными переживаниями, с чувством собственной неполноценности. Многие дети в беседе с врачом жалуются на неполноценность двигательной сферы.

Мальчик 12 лет говорит: «Я не такой, как все другие. Они сильно напрактикованы в играх, меня не берут. Характер детей таков, что выбирают сильных».

Это чувство неполноценности лежит иногда в основе подавленного настроения: «Я никуда не гожусь, меня на свалку»,— говорит мальчик 10 лет. Чувство неудовлетворенности собой и окружающим дети пытаются компенсировать в мечтах и фантазиях. Некоторые из них жалуются на постоянный страх перед будущим. Мальчик 8 лет говорит: «Я боюсь, что скоро мне будет 9 лет, а когда мне было шесть, я боялся, что будет семь».

2. Одной из форм неадекватных реакций на свои жизненные неудачи, неумение приспособляться к окружающей среде является состояние дурашливости с клоуничанием, нелепым шутовством. У мальчиков школьного возраста и в пубертатном периоде эта форма реакции встречается особенно часто. Некоторые дети сами трактуют свое шутовское поведение как реакцию приспособления. Объясняют ее стремлением привлечь к себе внимание, завоевать свое место в коллективе.

3. Под влиянием психической травмы (потери близких, *разлука с ними*) *у этих детей легко возникают* реакции кратковременного застывания кататоноподобного характера с расстройством речи, заиканием. Такие реакции чаще наблюдаются у детей младшего возраста, но в отдельных случаях они бывают у подростков старшего возраста. Так, мальчик 17 лет под влиянием всякой жизненной неудачи (не выдержал экзамены, не принят в институт) ложится в постель на несколько дней, подавлен, плаксив, не разговаривает.

Длительные наблюдения над аутичными личностями показывают, что дальнейшая динамика этой формы психопатии в большинстве случаев благоприятна. Большое значение для благоприятного прогноза имеет правильное воспитание ребенка с тренировкой его двигательной активности и приучением к самостоятельной деятельности. Вместе с возрастом повышается их приспособляемость к окружающей среде, сглаживается двигательное беспокойство, исчезает наклонность к дурашливости. По нашим катамнестическим данным, большинство из наблюдавшихся нами больных в дальнейшем стало полезными членами общества. Лишь в небольшом проценте случаев (12) в пубертатном периоде появились первые признаки шизофрении.

Психастенические личности

Ко второй группе психопатий следует отнести также и *психастению* в ее более выраженной форме.

Клиническое положение этой разновидности психопатий, ее место среди других болезненных форм остается еще

неопределенным. Поскольку психастения является основой для развития невроза навязчивых состояний, одни авторы относят ее к группе неврозов (пролонгированный невроз; см. лекцию 10), другие рассматривают ее как своеобразную клиническую разновидность психопатий (П. Б. Ганнушкин). Последняя точка зрения нам представляется более правильной, так как среди психастенических личностей есть субъекты с резко выраженной дисгармонией психических свойств, с таким резким нарушением приспособительных механизмов к окружающей среде, что есть все основания причислить эту разновидность к психопатиям.

Термин «психастения» и подробная психопатологическая характеристика этой болезненной формы были даны французским невропатологом Жанэ (Janet). Он считал основным расстройством психастении понижение психического напряжения, подобное тому, какое наблюдается в состоянии утомления или сна. В связи с этим нарушением страдает «функция реального», возникает чувство незавершенности психических процессов. С этим связан ряд особенностей психастенической психики: нерешительность, неуверенность в себе, постоянные сомнения и самоанализ, бесплодное «копание» в себе (названное Жанэ «умственной жвачкой»). В этом нарушении психических процессов Жанэ видел основу для возникновения при психастении навязчивых состояний.

Изучению психастении было уделено много внимания и отечественными психиатрами П. Б. Ганнушкиным и С. А. Сухановым. С. А. Суханов описывал эти формы под названием «тревожно-мнительный характер». П. Б. Ганнушкин сохранил термин «психастения» и представил очень подробное описание ее клинических проявлений. П. Б. Ганнушкину удалось вскрыть одну из существеннейших особенностей психастеников: это чрезвычайная впечатлительность не только к тому, что кругом них в данную минуту происходит, но еще больше к тому, что, по их мнению, может случиться. Он подчеркивает, что возможная опасность для психастеников не менее, а, может быть, более страшна, чем непосредственно существующая. Всякое новое и незнакомое дело, всякая инициатива является для них источником мучений.

Клиническая картина психастении в своей выраженной форме наблюдается главным образом у взрослых. Однако так же как и при других формах психопатий, психастенические проявления никогда не возникают вдруг, а начинаются постепенно, обычно с раннего детства. Отдельные психастенические черты можно отметить даже у детей младшего школьного возраста. Дети эти очень впечатлительны, пугливы, боятся всего нового, обычные предметы часто внушают им страх. В школьном возрасте обнаруживается повышенная тревожность и мнительность, проявляющиеся в боязни заразиться, заболеть. У подростков наблюдается наклонность создавать «защитные средства» и запреты, чтобы «не случилось чего-либо плохого», приметы, суеверия, «угадывание судьбы» путем своеобразных подсчетов и ритуалов.

О раннем начале психастенических проявлений в детском возрасте говорят не только наблюдения детской клиники, но и клинические исследования, посвященные навязчивым состояниям взрослых. В этом отношении интересны данные

Д. С. Озерецковского. В приводимых им семи подробных историях болезни больных психастенией можно отметить, как рано обнаруживаются характерные для данной болезненной формы особенности.

Приведем несколько выдержек из этих историй болезни.

Первый больной рос крепким ребенком, но по характеру, с тех пор, как он себя помнит, был боязливым, нерешительным и неуверенным. До 16 лет из боязни заблудиться не отходил один далеко от дома. Боялся домашних животных, так как был напуган рассказами о бешенстве. Тяжело переживал малейшее огорчение, часто плакал, любил мечтать. Второй ребенок по характеру всегда был боязливым, мнительным, робким, застенчивым и тихим, боялся темноты, покойников, вскакивал по ночам, кричал. Третья больная по характеру, как себя помнит, была боязлива, застенчива, впечатлительна, обидчива; обиды от всех скрывала, плакала тайком. Четвертая больная в раннем детстве была очень капризной, много плакала. По характеру всегда была тревожной, беспокойной, очень мнительной, суеверной, но в то же время мягкой, сердечной и привязчивой. Пятый больной рос тихим, боязливым, робким и застенчивым ребенком, был всегда очень раним, тяжело переживал частые ссоры родителей. Шестая больная была всегда общительной, нерешительной, тревожной. Седьмой больной рос одиноким, забитым ребенком, всегда был замкнутым, застенчивым, боязливым, нерешительным, не уверенным в себе, верил в приметы и колдовство.

Из представленных кратких выписок видно, что характерные черты психастенической личности обнаруживаются очень рано. Это вполне соответствует и нашим клиническим наблюдениям. В картине психастении у детей и подростков всегда можно отметить основные признаки данной болезненной формы. Как и у взрослых, они проявляются прежде всего в нерешительности, тревожной боязливости, сопровождающейся чувством внутреннего беспокойства. У них всегда где-то глубоко таится тревога: «что-то плохое должно случиться». Они боятся заболеть, заразиться, получить плохую отметку в школе и т. д. С тревожной боязливостью всегда коррелируют неуверенность в себе, чувство собственной недостаточности, боязнь оказаться несостоятельным. Это мучительное чувство тревоги и опасения грядущих неприятностей распространяется не только на самого себя, но и на близких людей. У многих из этих детей отмечается тревога за мать; они жалуются, что при всяком уходе матери из дома возникает мучительная мысль, что мать попадет под трамвай. Некоторые из них не отпускают мать из дому, всюду сопровождают ее.

Интеллект у этих детей в большинстве случаев хороший. Логические процессы протекают на высоком уровне. Детям школьного возраста в большинстве случаев доступно обобщение, абстракция. Однако черты психастенической психики можно отметить и в их мышлении, интеллектуальной деятельности. Они проявляются в чрезмерном самоанализе, стремлении постоянно контролировать себя, «копаться в себе». В связи с большой неуверенностью в своих силах и тревожной мнительностью успеваемость в школе ниже их

возможностей. При устных ответах они очень волнуются и теряют способность последовательно излагать свои мысли. За контрольные письменные работы они также получают не соответствующие их знаниям низкие оценки, так как в связи с нерешительностью и стремлением бесконечно проверять написанное не успевают закончить работу в положенный срок. Выполнение работы характеризуется большой тщательностью. В большинстве случаев эти дети очень старательны, добросовестны, но малоинициативны и нередко медлительны. С трудом включаются в новую работу, но и с трудом от нее отрываются.

Характерные для психастении признаки отмечаются и в волевых проявлениях, в деятельности этих субъектов. Большинство детей и подростков характеризуется своей слабой активностью, недостатком инициативы и резко выраженной нерешительностью. Они избегают работы, требующей напряжения, боятся ответственности и всегда обнаруживают стремление избегнуть самостоятельного решения. Нередко отмечается наклонность к автоматической деятельности. Они обнаруживают особую любовь к установленному режиму, не любят быстрых перемен, неохотно переключаются на новый порядок жизни. Отмечается желание всегда проверять законченную работу несколько раз, чтобы удостовериться, не сделана ли ошибка; вернуться, не забыл ли чего-нибудь. Некоторые из них проявляют болезненную педантичность, чрезмерную любовь к порядку (даже перестановка вещей на столе вызывает у них неприятное чувство). В некоторых случаях, осложненных синдромом навязчивых состояний, больные жалуются на чувство связанности, собственной несвободы.

Они всегда плохо приспосабливаются к новой обстановке. Будучи по существу общительными, мягкими, доброжелательными, они очень медленно сходятся с товарищами. Их всегда тянет к детям, но они избегают их из-за боязни грядущих неприятностей, насмешек, драки. Большинство из них робки, стеснительны и чаще держатся в стороне от других, но в небольшой компании они охотно веселятся, играют. Они очень обидчивы, ранимы, настроение их неустойчиво: под влиянием обиды, плохой отметки, разлуки с родными у них легко возникают состояния подавленности. Нередко отмечается и повышенная раздражительность, являющаяся иногда разрядкой их внутреннего напряжения. Неустойчивость настроения часто связана с их большой мнительностью: услышанный рассказ о смерти или болезни кого-либо, неприятное зрелище, шутки товарищей выводят их из состояния равновесия. Каждая неприятность переживается долго и внешне проявляется в подавленности либо в повышенной раздражительности.

Трудности воспитания и обучения этих детей объясняются их дисгармоничностью и плохой приспособляемостью к но-

вой ситуации, к детскому коллективу. У многих детей психастенические черты характера — пониженная самооценка, неуверенность в своих силах — сочетаются с большой жаждой внимания и желанием в чем-либо доказать свое превосходство. Большая податливость и внушаемость часто сочетаются с немотивированным упрямством. При нерешительности, боязни ответственности они нередко неожиданно принимают быстрые, «импульсивные» решения.

В связи с такой внутренней противоречивостью легко возникают конфликтные состояния, проявляющиеся в невротических симптомах. Все эти особенности делают задачу воспитания таких детей очень сложной.

Соматические признаки этих подростков проявляются в повышенной нервной возбудимости, повышении сухожильных рефлексов, дрожании, обмороках, неприятных ощущениях со стороны различных внутренних органов, чаще всего со стороны сердца. Наиболее характерным признаком для этих детей является нарушение центральной регуляции вегетативных функций: лабильность пульса, тахикардия, брадикардия, усиленная потливость, зябкость, нарушение терморегуляции (субфебрильная температура). В двигательной сфере этих детей отмечаются неравномерность ритма движений, замедленность и порывистость, нередко навязчивые движения.

Течение и прогноз этой клинической разновидности психопатий значительно варьируют в зависимости от возраста больного и от условий среды и воспитания.

Ухудшение психастении чаще наблюдается в переходные возрастные фазы. В период полового созревания нарастает состояние напряженности и внутреннего беспокойства, возникает ряд новых конфликтных переживаний. Нередко конфликты связаны с повышенным сексуальным влечением, которое проявляется у этих подростков в усиленной мастурбации. У некоторых из них с началом периода полового созревания болезненно повышается внимание к своему физическому «я», появляется особая тревога о своей физической неполноценности, неправильном формировании отдельных частей туловища; многие из них жалуются на неприятные ощущения со стороны различных внутренних органов (чаще всего со стороны сердца). Все эти патологические телесные ощущения при повышенном внимании к своему физическому «я» создают почву для возникновения ипохондрических высказываний. Нередко патологические реакции с ипохондрическим синдромом принимают затяжной характер. Наиболее частая форма патологических реакций у психастенической личности — это невроз навязчивых состояний. Из отдельных форм навязчивых состояний чаще других

отмечается боязнь заразиться с последующим защитным действием в виде постоянного мытья рук. Наблюдаются и другие защитные действия: дотрагивание до определенных предметов, постукиванис, плевание и др.

По окончании пубертатного периода вновь наступает улучшение, подростки становятся не только более спокойными, но и более активными. Нарастает уверенность в своих силах, повышается самостоятельность. Постоянные сомнения и неспособность принять решение уже менее беспокоят больных. Большое значение для этих подростков имеет включение в общественно полезный труд, дающее им возможность найти ту ситуацию в жизни, где они себя чувствуют более крепкими.

Однако достигнутое равновесие не всегда бывает устойчивым, оно нарушается под влиянием различных ситуационных трудностей.

Клиническим примером психастении, осложненной неврозом навязчивых состояний с благоприятным течением, может служить следующая история болезни.

Мальчик поступил в клинику по поводу навязчивых состояний первый раз в возрасте 10 лет, второй раз — в возрасте 14 лет.

Семейный анамнез: отцу 49 лет, болел сифилисом за 6 лет до женитьбы. С детства был впечатлительным и нервным. Отмечалось навязчивое коллекционирование. После войны появился страх пространства, боялся пройти улицу, остаться в запертом помещении. Дед по линии отца умер 70 лет. По характеру был мягким, мнительным. Дядя 50 лет нервный, раздражительный и мнительный, с тикообразными подергиваниями лица. Мать 44 лет в детстве перенесла менингит. Мягкая, кроткая, впечатлительная; называет себя слабохарактерной. Было три беременности, все окончились родами в срок. Считает себя здоровой, никаких проявлений сифилиса не было, не лечилась. Реакция Вассермана, сделанная в клинике, дала отрицательный результат. Из троих детей старший умер от скарлатины в возрасте 8 лет. В $3^1/_2$ года у него были какие-то припадки (по описанию похожие на эпилептические). Второй ребенок — наш больной, третий — здоров. Психопатологическое отягощение по линии матери отрицается.

Беременность нашим больным протекала тяжело, совпала со смертью старшего сына, мать сильно волновалась. Роды в срок, продолжительные — $3^1/_2$ суток. Ребенок родился здоровым и весил 3,8 кг. С 6-недельного возраста вскармливался искусственно. В грудном возрасте много болел кишечными расстройствами. Ходить и говорить начал к году. Рос хилым ребенком, часто болел бронхитом с повышенной температурой. В возрасте 6 лет перенес корь. Раннее детство (до 4 лет) проходило в благоприятных материальных, но тяжелых моральных условиях: в семье был разлад. С распадом семьи материальные условия резко изменились к худшему. Мальчик вместе с матерью жил у родственников, где моральная обстановка была чрезвычайно тяжелой. Семья была религиозная, с массой суеверий и предрассудков. Мать заставляли через силу работать, обижали, бранили. Мальчик горевал вместе с матерью, часто плакал, все тревожился: «Вдруг нас отсюда выгонят!».

С ранних лет мальчик поражал своей впечатлительностью. Был застенчив, пуглив, наблюдателен и чуток. Все не по-детски глубоко переживал. Мало играл с детьми. Горячо любил мать, был чрезмерно привязан к ней. Грамоте начал обучаться 7 лет дома, хорошо успевал. Любил слушать чтение и сам много фантазировал.

Когда мальчику было около 6 лет, мать узнала, что он занимается онанизмом. Она очень взволновалась, часто и подолгу говорила с мальчиком о вреде онанизма. Для беседы с мальчиком был приглашен сосед, который советовал ему молиться богу, чтобы не делать дурного. Долгое время мальчику надевали на ночь специально для этого сшитую рубашку, перчатки, иногда даже завязывали руки. Спустя несколько месяцев перестал заниматься онанизмом.

Через некоторое время после этого появились ночные страхи. Ночью вдруг начинал кричать: «страшно», «спасите». Когда его будили, был бледен, весь дрожал и ничего не мог объяснить. Эти страхи повторялись почти еженедельно, продолжались около года.

В дальнейшем стал отмечать ряд навязчивых состояний. Во время молитвы в церкви у мальчика вдруг появлялось желание говорить ругательства, начинал плакать: «Мне слова сами в голову лезут! Я боюсь, я бога ругаю!».

Дома появилось навязчивое желание рассказать матери обо всем, что он делал в течение дня, к каким предметам прикасался. С навязчивой педантичностью обо всем докладывал, плакал, когда его останавливали, говорил: «Что мне делать, я не могу отвязаться!».

Все эти состояния с различной интенсивностью продолжались в течение года, в связи с чем был помещен в клинику.

Физическое состояние при поступлении: питание несколько понижено. Контуры лица мягкие, округлые. Грудная клетка узкая, плоская. Мышечная система развита слабо. Кожа тонкая, сосуды слегка просвечивают.

Лимфатические железы (подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые) увеличены. Внутренние органы без отклонений от нормы. Признаков органического поражения центральной нервной системы нет. Движения вялые, неловкие, угловатые. Плохо бегает, мимика вялая. При волнении обнаруживается асимметрия в иннервации лицевого нерва. Усилены вегетативно-сосудистые реакции, легко краснеет (пятнами). Кисти рук холодные, влажные.

Реакция Вассермана в крови отрицательная. Исследования крови и мочи не обнаруживают отклонений от нормы.

Психическое состояние: при обследовании робок, застенчив. Часто прячет от собеседника свой удивленно-испуганный взгляд. Во всей его худенькой фигуре, в его больших, широко раскрытых глазах чувствуется не то тревога, не то какой-то вопрос. Речь торопливая, неясная, с носовым оттенком, иногда заикается. Правильно подбирает нужные слова. Общий уровень развития соответствует возрасту. Мыслительные процессы несколько замедлены, но логическое построение мысли правильно. Хорошо определяет и делает обобщения. Правильно устанавливает различие и сходство. В интеллектуальной работе быстро утомляется, внимание легко истощимо. При более трудных вопросах не делает усилия, чтобы их разрешить, не старается отгадать, отделывается ответами: «не знаю». О себе говорит неохотно. Лишь позднее, когда удалось преодолеть его застенчивость, подробно рассказал о себе: «Я всегда был нервный, всего боялся, особенно привидений и покойников. Редко, когда я был веселый; я сам не знаю, почему мне не хотелось играть, баловаться, я любил рисовать, любил, чтобы мне читали о путешествиях и про разные машины. С товарищами я мало дружил. Они начнут баловаться, а я и теперь слабый, а тогда был еще слабее. Я всегда был хуже других, потому что был слабый». Свои переживания навязчивого характера описывает таким образом: «Вот, например, я лежу, дотронулся до стены и мне показалось, что я сделал преступление, я понимаю, что это чепуха, хотел в уме отвести себя от этого, но не могу отвязаться. Днем до всего дотрагиваюсь, балуюсь — ничего, а каждый вечер в 5—6 часов начинается «это». Я сел на стул и должен сказать маме, я лег в постель и опять скажу. Вот ни с того, ни с сего какой-то страх появился».

О своем онанизме говорил: «В половине шестого (т. е. когда ему было $5^1/_2$ лет) я начал баловаться, я сам не знаю почему. Я не думаю, я не хочу, руки сами двигаются, по нерву идут».

На перемену обстановки реагировал сильной тревогой. Плакал целыми днями, забившись в угол. Был робок и замкнут, держался особняком. В школе плохо следил за уроками, вид отсутствующий, как будто грезит. В свободное время, если не плачет, то бродит бесцельно и смотрит на всех жалобными испуганными глазами. Не играл с детьми, шумные игры его пугали. Вечерами несколько оживлялся. Постепенно и медленно свыкался со школьной средой. Окреп физически, стал охотнее заниматься в школе и сделал неплохие успехи, несмотря на неравномерную работоспособность Мешает заниматься быстрая утомляемость и недостаток внимания. Слабость внимания усиливается мечтательностью. Он сам говорит: «Ой, как люблю помечтать, вот сидишь в классе, задумаешься, тебя спрашивают, а ты и не слушаешь, все мечтаешь — вот клад найду, путешествовать поеду!». Малодеятелен, живет больше в мире фантазии.

Склонен к реакциям астенического типа: боится сильных детей, плачет при обиде. Всегда сердечен, искренен, правдив. Настроение то безразлично спокойное, то грустное. Иногда бывает более возбужденное состояние, наступает оно реактивно, в более шумной обстановке. Приступы страха отмечались лишь в течение первого месяца пребывания в клинике. Сон стал спокойнее, лишь изредка вскрикивает по ночам.

Мальчик был выписан из клиники в хорошем состоянии. В течение последующих 4 лет продолжал обучаться в школе. Хорошо успевал. В 14-летнем возрасте вновь обострение навязчивых состояний. Появилось навязчивое мытье рук, мотивировал это желание боязнью заразиться, стал более раздражительным, грубым. Деспотически заставлял всех членов семьи мыть руки. С этими явлениями вновь поступил в клинику. После двухмесячного пребывания все навязчивые явления исчезли, но вновь обострились в домашних условиях. В менее резкой форме они отмечались до 17 лет.

Катамнестические данные: окончил среднюю школу и высшее учебное заведение. В настоящее время ему уже 30 лет. Продуктивно работает в качестве инженера. Женат, имеет здорового ребенка. Вызванный для катамнестического обследования, он рассказал, что и после выписки из санатория в течение нескольких лет еще эпизодически возникали навязчивые опасения. Старался сам справиться со своей болезнью; систематически не лечился.

С годами стал менее мнительным, более уверенным в себе. Заинтересован своей работой, доволен семейной жизнью. В настоящее время считает себя вполне здоровым.

Данная история болезни является типичным примером невроза навязчивых состояний, возникшего у мальчика психастенического склада и принявшего затяжной, длительный характер, но закончившегося выздоровлением.

Что лежит в основе навязчивых страхов и действий у данного больного? Анализ анамнестических данных вскрывает, что возникновение навязчивых страхов и навязчивых движений у ребенка по времени связано с началом онанизма (в 6-летнем возрасте у мальчика появилась мастурбация). Роль сексуального конфликта в возникновении навязчивых состояний является одним из основных положений психоаналитической теории Фрейда. Штромаер (Strohmayer) приводит свои наблюдения из детской клиники о раннем развитии сексуальности у детей, страдающих неврозом навязчивых состояний. Уже в раннем возрасте у них отмечается повышенная чувствительность в генитальной области и наклонность к онанизму.

Трудно исключить роль сексуального конфликта в возникновении навязчивых состояний и у данного больного. Сензитивный ребенок с большим чувством долга испытывал чувство вины и тягостного эмоционального напряжения. Эти конфликтные переживания проявлялись в невротических симптомах навязчивости. Большую патогенную роль в развитии конфликтного переживания сыграли разговоры родных, их неразумные «мероприятия» для борьбы с онанизмом ребенка.

Однако едва ли можно объяснить, как это делают Фрейд и его последователи, всю клиническую картину в данном случае, исходя только из сексуального конфликта (неудовлетворенного влечения).

При более тщательном изучении прошлого больного удается установить, что и до 6-летнего возраста у мальчика был ряд навязчивых сомнений и страхов. С ранних лет он тревожился, что его выгонят из квартиры родственников.

К числу вредных факторов, создавших готовность к возникновению навязчивых состояний, относится и неправильное воспитание мальчика. Он воспитывался в малокультурной и суеверной семье, среди взрослых (без детского коллектива). С раннего детства мальчик был робким, пугливым, тревожным, всегда боялся, что случится что-нибудь плохое. Мать, тревожная и мнительная женщина, не сумела дать ему правильного воспитания, чрезмерно фиксировала его внимание на вопросах болезни и здоровья.

Таким образом, для понимания причины невроза навязчивости в данном случае важно учесть особенности личности мальчика, его психастенический характер, являющийся благоприятной почвой для развития конфликтных переживаний.

На данном примере отчетливо видна узость теории Фрейда, придающей значение отдельным синдромам без учета особенностей целостной личности, ее сложных взаимоотношений с окружающей социальной средой.

Нельзя не отметить и значения наследственных данных (отец и ряд родственников мальчика обнаруживали психастенические черты характера и страдали навязчивыми состояниями).

Вопросы патофизиологической основы психастении были освещены И. П. Павловым. Он строго дифференцировал нарушения высшей нервной деятельности при психастении и неврозе навязчивости. Для последнего характерны локальные нарушения в форме отдельных пунктов застойного возбуждения, тогда как при психастении имеются общие корковые нарушения. Характерным для психастении И. П. Павлов считал преобладание второй сигнальной системы над первой, наличие признаков слабого типа нервной деятельности. Он рассматривал психастеника как слабый мыслительный

тип с дефектом в виде инертности нервных процессов. Основное, что определяет патофизиологическую сущность психастении, это нарушение координации между первой и второй сигнальными системами. При психастении, по данным И. П. Павлова, преобладает вторая сигнальная система (словесная), отсюда вытекает неполнота чувства действительности, так как мышление лишено конкретных представлений. «При психастении,— писал он,— сильна вторая сигнальная система, но слаба первая сигнальная система и подкорка. Инстинкт осторожности, пассивно-оборонительный инстинкт — самый детский молочный инстинкт — он устраняется силой других инстинктов, а так как они слабы у психастеников, то естественно, что у них пассивно-оборонительный инстинкт остается на всю жизнь».

Лечебно-педагогическая работа с детьми, у которых обнаруживаются начальные проявления психастении, представляет собой трудную, но благодарную задачу, если приступать к ее разрешению своевременно. Дети, чрезмерно впечатлительные, тревожные, с недостаточной активностью и нерешительностью, требуют особого закаливания с раннего детства. Это достигается тренировкой психической активности ребенка путем постепенного усложнения предлагаемого ему задания. Ребенок с самых ранних лет должен воспитываться в небольшом детском коллективе, в жизнерадостной детской среде. Большое значение приобретает выбор соответствующих игр и правильное распределение ролей в этой игре. Для детей с выраженным чувством своей недостаточности очень важно найти ту позицию, где они будут себя чувствовать более сильными. Для предупреждения психастенического развития личности очень важно уберечь ребенка от возникновения конфликтных переживаний и помочь ему в их разрешении.

Правильное развитие двигательной сферы ребенка путем соответствующей гимнастики и игр является не только очень важным лечебным фактором, но и профилактическим — для воспитания его активности и предупреждения той нерешительности и постоянной боязни ответственности, которые являются одними из основных черт психастении.

Родители и воспитатели должны быть хорошо осведомлены, что ребенка с начальными проявлениями психастении не следует упрекать в плохой отметке. Это порождает боязнь получить плохую отметку и почву для развития конфликтных переживаний. Основной лечебный фактор — психотерапия, включение в трудовую деятельность, соответствующую интересам данного больного.

Из других форм, описанных П. Б. Ганнушкиным в группе конституциональных психопатий, следует еще назвать параноиков и эпилептоидов («возбудимых»).

К параноикам, по П. Б. Ганнушкину, относятся неуживчивые, агрессивные патологические личности, очень узкие, эгоцентричные. Самым характерным свойством параноиков, по мнению П. Б. Ганнушкина, является их склонность к образованию так называемых сверхценных идей, из которых наиболее важной является мысль об особом значении его собственной личности. Соответственно этому всех людей, с которыми параноику приходится входить в соприкосновение, он оценивает исключительно по тому, как они относятся к его деятельности и к его словам. Мышление параноиков незрелое, неглубокое, резко аффективно окрашенное, с чрезмерной склонностью к резонерству.

Группа эпилептоидов («возбудимых») определяется П. Б. Ганнушкиным следующими свойствами: 1) резкая раздражительность, доходящая до приступов неудержимой ярости; 2) приступы расстройства настроения (тоска, страх, гнев); 3) моральные дефекты. Эпилептоиды, по Ганнушкину, люди инстинктов и примитивных влечений. Чрезмерная сила влечений у них часто сочетается с недостаточной способностью к их подавлению. Несмотря на сильную напряженную аффективость, эпилептоиды остаются людьми узкими, односторонними, неспособными отрешиться от своих эгоистических интересов. Аффективная установка в отношении окружающих часто имеет неприятный оттенок злобности, на общем фоне которой время от времени развиваются бурные вспышки гнева. Они подозрительны, обидчивы, мелочно-придирчивы, все готовы критиковать, всюду видят непорядки.

Из этих двух форм психопатии первая не наблюдается у детей и подростков в допубертатном периоде. Образование стойких сверхценных идей и тем более их дальнейшая систематизация не свойственны лабильной психике ребенка. У детей можно наблюдать только некоторые элементы паранойяльной психики, выражающиеся в чрезмерном самомнении и постоянном стремлении подчеркнуть свою особую значимость, сочетающихся с недоверием, а иногда и подозрительным отношением к другим.

Что касается эпилептоидов, то их наличие как своеобразной формы психопатии остается еще спорным. Наблюдения детской клиники показывают, что многие формы психопатических состояний, диагностированные как психопатия эпилептоидного типа или «возбудимые», представляют собой резидуальные состояния после перенесенных мозговых инфекций и травм. Всякий длительно текущий органический процесс, нарушающий метаболизм нервной клетки, кровообращение головного мозга, приводит к более или менее выраженной «эпилептоидизации» психики. Нередко резидуальная церебральная недостаточность выражается главным образом в изменении темперамента в форме нарастающей угрюмости,

злобности, раздражительности и периодически наступающих расстройств настроения по типу эпилептических дисфорий. Нарастающая инертность психики, замедленность психических процессов усиливают сходство с эпилепсией.

Обобщая наблюдения нашей клиники о детях, направленных в психоневрологическую школу-санаторий с диагнозом «эпилептоидная психопатия» (1930), мы пришли к выводу, что диагноз эпилептоидной психопатии непомерно расширен. Наши клинические наблюдения позволили выделить лишь небольшую группу детей, происходящих из семей, где имелись больные эпилепсией, которых можно было бы отнести к психопатии эпилептоидного типа. Характерные для них особенности — медлительность и тугоподвижность мышления, вязкость и напряженность аффекта, сочетающиеся с наклонностью к аффективным взрывам — сближали психику этих детей с психикой больных эпилепсией.

Бо̀льшая часть наших клинических наблюдений представляла собой клиническую разновидность психопатий другого рода. Здесь на первый план клинической картины выступает резкая раздражительность, взрывчатость с чрезмерно повышенными влечениями и инстинктами, тогда как тугоподвижность, вязкость аффекта здесь отсутствуют. Часто это быстрые, но недостаточно устойчивые субъекты с повышенной эмоциональной возбудимостью. Среди этих детей встречаются и суетливые, двигательно беспокойные, драчливые, эгоистичные, злые. В семейном анамнезе этих детей эпилепсия очень редка.

Доказать близость этих патологических личностей к больным эпилепсией обычно не удается. В большинстве случаев здесь речь идет о другой разновидности, имеющей свою биологическую основу в резидуальной мозговой неполноценности. Это предположение обычно находит обоснование в анамнестических данных.

Лекция 20

РАСПОЗНАВАНИЕ ПСИХОПАТИЙ ВТОРОЙ ГРУППЫ

Дифференциальный диагноз с психопатиями первой группы и легкими формами психических заболеваний

Распознавание психопатий второй группы представляет нередко большие трудности. Эти затруднения возникают главным образом тогда, когда речь идет о более легких вариантах. При выраженной картине психопатии, особенно в стадии декомпенсации, грань между нормой и болезнью достаточно ясна, так как при психопатии нарушается качественная структура личности. Но в менее выраженных случаях нередко очень трудно найти эту грань, так как изменчивость клинических проявлений психопатии в зависимости от условий окружающей среды и от возрастной фазы развития очень велика. Степень компенсации патологических черт характера у этих субъектов может сильно колебаться.

На эту изменчивость клинических проявлений при психопатии в свое время обратил внимание С. С. Корсаков. Он подчеркивал, что дальнейшая судьба патологических личностей зависит от условий, в которых они живут, и от возможности приспособиться к жизни. «Если судьба их благоприятно обставит, они не считаются больными и могут с успехом заниматься своими общественными делами. Другие, считаясь здоровыми, называются оригиналами, самодурами, чудаками, некоторые попадают в число людей, которых называют порочными. И, наконец, третьи, где аномалия психической жизни резко бросается в глаза, помещаются в учреждения для умалишенных».

П. Б. Ганнушкин отмечает, что степень проявления той или другой формы конституциональной психопатии представляет очень большое богатство оттенков от легких и до тяжелых психопатических состояний, требующих интернирования. В то же время качественная сторона клинической картины остается в известных рамках неизменной. Он справедливо подчеркивает, что вопрос о компенсированных формах психопатии имеет громадное практическое значение, а иногда и

решающее, так как в зависимости от степени выявления психопатии поведение психопата может быть совершенно различным. Так, П. Б. Ганнушкин пишет: «Один эпилептоид может прекрасно вести большое дело, другой — тоже эпилептоид — совершить преступление. Один шизоид — всеми любимый поэт, музыкант, художник; другой — никому не нужный, невыносимый бездельник и паразит». Лишь в отдельных случаях, по мнению П. Б. Ганнушкина, степень психопатии может быть велика и без внешних влияний, но в большинстве случаев выявление психопатии в значительной мере зависит от внешних воздействий.

Из всего сказанного об изменчивости клинических проявлений психопатии следует, что диагноз психопатии и во второй группе должен ставиться с большой осторожностью.

Диагноз «психопатия» становится более достоверным лишь тогда, когда он обоснован не только данными статики, но и динамики. Поэтому так важно при установлении диагноза в каждом конкретном случае не ограничиваться изучением симптомов настоящего состояния, но и собирать тщательные сведения о прошлом больного — об особенностях его поведения в различных возрастных периодах и в различных жизненных ситуациях.

Для изучения динамики психопатии очень важно познакомиться с окружением ребенка, семейными условиями, ситуацией в школе. Необходимо также уточнить ряд моментов, характеризующих особенности типа реагирования данной личности в определенной среде, исследовать, есть ли особая ранимость в отношении определенных раздражителей.

Как показывают клинические наблюдения, в зависимости от качественной структуры психопатии (от типа аномалии развития, лежащей в ее основе) меняется степень ранимости в отношении тех или других патогенных факторов. Так, например, для аутичных личностей особое патогенное значение имеют те воздействия, которые связаны с ущемлением самолюбия, тогда как аффективные, гипертимические личности чаще всего дают патологические реакции при материальной недостаточности в семье и при отсутствии достаточного надзора. Для психастенической личности наиболее патогенной является ситуация, в которой подчеркивается ее несостоятельность, в частности, когда возникает необходимость принять экстренно самостоятельное решение.

В некоторых диагностически более сложных случаях важно узнать, каковы преимущественные типы патологических реакций, наблюдавшихся у данной личности. Клинические факты доказывают, что у психастенических, гипертимических и аутичных личностей наблюдается извест-

ное различие в этом отношении. Так, у психастенических личностей наиболее часто встречаются невротические состояния в форме невроза страха или навязчивых состояний, принимающих обычно затяжной характер. У гипертимических личностей невротические состояния встречаются значительно реже: в ответ на ситуационные трудности они реагируют депрессивными состояниями либо, что чаще, психопатическим поведением. У аутичных личностей невротические состояния также нередки, но наряду с этим наблюдается и своеобразное состояние апатии, вялости, состояния двигательной заторможенности, оцепенелости кататоноподобного характера. Выражением неадекватной реакции у них служат различные формы дурашливого поведения и патологического фантазирования. Отмечаются и своеобразные онероидные состояния с грезоподобными проявлениями.

П. Б. Ганнушкин наблюдал реактивные психозы со ступорозными кататоноподобными явлениями у субъектов с так называемой шизофренической конституцией. Некоторые авторы рассматривают их как проявление шизофрении. Действительно, если ограничиться коротким наблюдением больного, то окончательный диагноз остается открытым.

Таким образом, только тщательное всестороннее обследование ребенка и динамическое наблюдение за ним, устанавливающее тип его реагирования в определенной среде, дают право поставить диагноз психопатии. В сомнительных случаях следует ограничиться только указанием на наличие патологических черт характера и оставить данного ребенка для дальнейшего наблюдения как «угрожаемого» в смысле возможности развития у него психопатии. Естественно, что курирующий врач должен принять все меры для предупреждения этой возможности.

Диагноз психопатии без указания, к какой клинической разновидности относится данное наблюдение, недостаточен для клинициста. Из такого общего диагноза не вытекает практического вывода о предположительном прогнозе и необходимых лечебно-педагогических мероприятиях. Поэтому так важно указать тип психопатии (предполагаемый характер аномалии развития, лежащий в ее основе). И эта задача является нелегкой, так как в клинике «чистые» формы конституциональных психопатий встречаются редко. Очень часто наблюдаются смешанные и переходные формы. Диагноз отдельных форм психопатий приходится ставить на основании ведущих клинических симптомокомплексов, определяющих качественную характеристику психопатии. Так, например, у аутичных и психастенических личностей много сходных черт характера. У той и у другой личности наблюдается робость, застенчивость, плохая приспособляемость к окружающей обстановке. И аутичные, и психастенические личности очень медленно сходятся с коллективом,

стоят в стороне от него. Однако генез этой отгороженности различен. Психастеник по существу общителен и стремится к общению с другими детьми, тяготится своей отгороженностью от коллектива. Его отгороженность объясняется лишь постоянной тревогой, чувством своей недостаточности, боязнью оказаться несостоятельным, тогда как аутичный ребенок не стремится к общению с другими детьми. Некоторые из них на вопрос, есть ли у них друзья, отвечают: «а зачем они?». Другие мотивируют тем, что дети «мешают им думать». Следовательно, в то время как при психастении отгороженность от коллектива является как бы вторичной (защитной установкой), у аутичных субъектов она — основной признак.

При дифференциации отдельных клинических разновидностей психопатии в детском возрасте возникает большая трудность в связи с наличием так называемых преимущественных синдромов, типичных для определенной возрастной фазы, но не типичных для формы психопатии, как, например, синдром неустойчивости с чрезмерной подвижностью, непоседливостью, болтливостью (у детей дошкольного и школьного возраста), или наклонность к дурашливости, шутовству, мудрствованию у детей старшего школьного возраста (в пубертатном и препубертатном периодах). Чтобы избегнуть диагностических затруднений, необходимо, во-первых, учесть *качественную характеристику* синдромов и, во-вторых, принять во внимание особенности всей личности в целом.

В качестве клинического примера приводим две истории болезни у различных по своему типу психопатических личностей. В обоих случаях речь идет о мальчиках одного и того же возраста. Оба с ранних лет были трудны в воспитательном отношении, не подчинялись правилам режима, дисциплины, не уживались с товарищами и поэтому неоднократно направлялись в различные лечебно-педагогические стационары. В клинической картине каждого из них ведущим является один и тот же синдром — неустойчивость поведения с повышенным двигательным беспокойством, суетливостью, лабильностью настроения, пониженной продуктивностью, связанной с неумением довести до конца начатое. И в то же время патогенетическая основа в каждом из этих двух случаев неодинаковая, и поэтому качественная структура синдрома неустойчивости различная.

1. Мальчик 10 лет. Родители по характеру своей работы часто переезжали из одного города в другой. Мальчика оставляли на попечение родных и знакомых. Воспитание было неровным, бабушка чрезмерно баловала, отец был очень строг.

Данные семейного анамнеза: мать 33 лет общительная, жизнерадостная, но с неустойчивым настроением. Наблюдаются колебания по незначительному поводу; легко внушаема, склонна к истерическим реакциям, инфантильного телосложения. Отец 37 лет под влиянием ничтож-

ного повода становится подавленным, разочаровывается в своих действиях; бывает раздражительным. У других членов семьи психопатологическое отягощение отрицается.

Беременность была легкая, роды трудные, под хлороформом, с наложением щипцов (ножное предлежание). Вскармливался грудью до 9 месяцев. Первые зубы — в 7 месяцев, ходить, говорить начал 10 месяцев. В возрасте 2 лет перенес корь в легкой форме. Когда ребенку было 2 года, отец и мать уехали. Мальчик жил у бабушки, которая его очень баловала. Рос живым, впечатлительным, чрезмерно подвижным, старался привлечь к себе внимание окружающих. 8 лет поступил в школу, однако через 3 года был исключен как трудновоспитуемый. 10 лет был направлен в школу-санаторий.

При обследовании чрезмерно подвижен, беспокоен, вертит что-то в руках, часто меняет позы: то сядет, поджав ноги под себя, то обопрется рукой о подбородок и поглаживает его. Мимика меняется быстро. Очень волнуется, когда не может ответить на вопрос, и, наоборот, доволен, когда ему удается «блеснуть» ответом. Тотчас же осведомляется о правильности ответа. Заинтересовывается новым заданием, но быстро его бросает и отталкивает работу: «Надоело! Ставьте минусы! Давайте заниматься другим!». Внимание крайне неустойчиво, нет способности к напряжению. Имеет достаточный запас сведений, но сведения эти крайне отрывочны, разбросаны. Внушаем. Память преимущественно зрительная. Быстро все схватывает и быстро реагирует, не обдумывая ответа. В школе быстро освоился, сразу обратил на себя внимание умением декламировать, говорить с большим пафосом, своей театральностью, желанием выдвинуться. В связи с неспособностью к усилию и напряжению малопродуктивен. Учением мало интересуется. Большой интерес проявляет к работе в драматическом кружке, музыке и рисованию. Сценически одарен. Очень любит сцену, готов быть хотя бы в незначительной роли, но на сцене. Вживается в свою роль, хорошо передает ее. В рисовании также проявляет способности как в технике, так и в смысле фантазии.

По данным педагога школы-санатория, «в групповой работе очень труден, с трудом подчиняется дисциплине, в работе неусидчив, не доводит ее до конца, не следит за качеством выполнения — лишь бы скорее окончить. Во время работы часто отвлекается, начинает разговоры с детьми, вскакивает с парты, часто выходит из класса. К систематической работе совершенно не приучен. В навыках слаб, хотя и обладает хорошими способностями, все новое быстро воспринимает». Оставлен на второй год.

Физическое состояние: по росту несколько отстает от возраста; пропорции тела также соответствуют более раннему возрасту. Сложение гармоничное, детское. Движения грациозные, легкие, плавные. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Признаки органического заболевания нервной системы отсутствуют.

Мальчик находился в школе-санатории 2 года. За это время неоднократно были жалобы педагогов на поведение мальчика, нарушение им требований режима. Однако постепенно он стал более организованным.

Из школы-санатория был выписан с некоторым улучшением.

Катамнестические данные через 6 лет: 2 года учился в массовой школе; по его словам, первый год (5-й класс) учился плохо, «ленился», второй год (6-й класс) был хорошим учеником, но из-за отъезда с родителями за границу пришлось оставить школу. По возвращении в СССР продолжает занятия в техникуме, одновременно работает на заводе учеником слесаря. Учится хорошо, без напряжения (был премирован). Настроение более устойчивое чем прежде. Рассказал врачу школы-санатория (собиравшему катамнез), что за последний год его иногда беспокоит состояние «полового возбуждения». Подавлен этим, иногда раздражителен, плохо спит. Сам отмечает, что за послед-

ние годы менее возбудим, «холоднее реагирует на окружающее». Очень тепло отзывается о школе-санатории, считает, что она ему помогла выровнять характер.

При обследовании соматического статуса (в 18-летнем возрасте) обнаруживаются те же черты инфантильности с грацильным сложением. Однако наряду с этим имеются признаки возмужалости. В психике так же отмечаются элементы детскости: нет выраженных интересов, целеустремленности, глубины переживаний. Сам отмечает, что не чувствует себя взрослым человеком. По-прежнему эгоцентричен, очень ценит только «внешние» качества, любит «порисоваться», акцентирует свою «разочарованность в жизни». Есть еще черты пубертатного возраста в виде стремления всех и все критиковать. Однако если сравнить настоящее состояние мальчика с тем, которое было при выписке из школы-санатория, то ясно выступает значительный положительный сдвиг (катамнез собран Н. И. Антокольской).

2. Мальчик 10 лет поступил в школу-санаторий по поводу быстрой отвлекаемости, суетливости, шумливости, неустойчивости. У отца отмечается частая смена настроения без внешних причин. Бабка по линии отца также была неустойчивой, с несколько повышенным настроением. Тетка по линии отца неустойчивая, жизнерадостная, общительная, гиперсексуальная. Мать страдает эпилепсией. Бабка по линии матери неуживчивая, придирчивая; дядя по линии матери страдает эпилепсией.

Мальчик родился в срок. Во время беременности мать страдала эпилептическими припадками. В грудном возрасте был спокойным ребенком. Раннее развитие нормальное. Из болезней перенес в 2 года пневмонию, в 5 лет — корь, в 7½ лет — малярию. По характеру мальчик чуткий, правдивый, привязан к семье. Любит общество детей, быстро вступает в контакт с товарищами, но друзей часто меняет. Всегда активен, весел, охотно играет в подвижные игры. Трудности в воспитательном отношении начали обнаруживаться с 5-летнего возраста. Был отдан в детский сад, где жаловались на его повышенную возбудимость, болтливость, драчливость. 8 лет поступил в школу. Там также жаловались на недисциплинированность, отвлекаемость, болтливость. В связи с трудностями воспитания был направлен в школу-санаторий.

Во время обследования держится естественно, непосредственно, двигательно возбужден, часто меняет позу, постукивает кулаком по столу, перекладывает лежащие на столе предметы. Речь культурная, с богатым запасом слов. На вопросы отвечает быстро, не раздумывая. Живая, выразительная мимика, тонко отражающая не только основной фон настроения, но и его нюансы. Во время психологического эксперимента по игре мимики можно было судить о ходе работы. Фигура ребенка, его осанка, движения, обильные и беспрестанные, выражают переживания данного момента. Характерна многословность, быстрота течения мыслей, легкая смена их содержания и направленности. В логических построениях мысль четко оформлена, хорошо дается обобщение, доступны абстракции, быстро понимает и легко схватывает задание в целом. Так же быстро идут ассоциативные процессы. Среднее время реакции 1,2 секунды. Быстрая смена впечатлений, неумение остановиться, углубиться в работу являются причиной того, что при хороших интеллектуальных данных продуктивность несоответственно мала, работы не закончены, объясняемого не усваивает, так как, прослушав несколько первых фраз из объяснения, остального уже не слышит. Живо интересуется всем окружающим, во время занятий заглядывает во все тетради соседей, болтает с товарищами. Поэтому в условиях классных занятий работает гораздо хуже, чем один во время психологического эксперимента.

В школе остался охотно. Вначале постоянно нарушал режим своей шумливостью и суетливостью. Настроение повышенное, веселое, самочувствие хорошее. Обнаруживает большую жажду деятельности, во все вмешивается, всем живо интересуется, всегда среди детей, со всеми в

хороших отношениях, дети его любят. Однако нередки и конфликты из-за его вспыльчивости. Отмечается большая неустойчивость настроения, по малейшему поводу становится раздражительным. Колебания настроения наступают и без видимого внешнего повода, нарастает двигательное беспокойство, становится чрезмерно веселым, шаловливым, дерется с детьми, бывает груб и циничен. Отмечалась и повышенная сексуальность. В эти периоды чаще нарушает режим, бывают конфликты с товарищами. Однако его проступки не носят характера агрессивности, злобности. Это скорее шалость, чем озорство, В драках он не стремится ударить побольнее. Все делает беззлобно, шутливо. Доброжелателен к старшим и к товарищам. В контакт вступает легко, искренен и прост. Уличенный в проступках, не лжет, не сваливает вину на товарищей. Основной фон настроения жизнерадостный. Всегда доволен собой и окружающим, огорчения быстро изживаются. Охотно работает в столярной мастерской, обнаруживая хорошую работоспособность и продуктивность.

Физическое состояние: телосложение правильное; со стороны внутренних органов отмечается лишь неустойчивость пульса, тахикардия. Со стороны нервной системы отклонений нет.

Мальчик был в школе-санатории 2 года. К концу пребывания работоспособность значительно повысилась. Продуктивность в занятиях стала хорошая, поведение — ровнее.

Катамнез через 5 лет: по выписке из школы-санатория продолжал занятия во второй ступени массовой школы. Учился удовлетворительно, но режиму не подчинялся, считался трудновоспитуемым. Учился очень неровно. По словам педагога массовой школы, успеваемость мальчика зависела от характера педагога, степени его активности. У настойчивого, активного педагога мальчик был отличником, тогда как у слабохарактерного педагога учился плохо. При обследовании врачом, собиравшим катамнез, мальчик был очень приветлив. Рассказал, что после выписки из школы-санатория первые годы старался соблюдать тот же режим. Самочувствие всегда было хорошее. «Я веселый и непоседа, остался таким же, каким и был. Когда хочу, все могу сделать». Увлекается спортом — зимой лыжами, летом греблей. Проявляет повышенный интерес к девочкам. Принимает участие и в общественной работе школы, помогает отстающим ученикам. Имеет много товарищей, есть и близкие друзья. Отмечается несколько повышенная самооценка: «Сам собой доволен, я всем нравлюсь, я не то что самолюбив, но не замечаю в себе особого дефекта». По словам матери, мальчик бывает вспыльчивым, раздражительным, но меньше, чем прежде. С родными теплые, хорошие отношения (катамнез собран Н. И. Антокольской).

Клиническая картина патологического поведения в двух приведенных историях болезни представляет большое сходство. В том и в другом случае ведущим в клинической картине является синдром неустойчивости с двигательным возбуждением и лабильностью настроения и поведения. Однако качественная характеристика синдромов в этих двух наблюдениях имеет существенное отличие. В первом случае речь идет о неустойчивости и двигательном беспокойстве, столь характерных для инфантильной, незрелой психики. Основное здесь — недостаточность выдержки, неумение подчинить свое поведение трабованиям дисциплины. Руководящим мотивом деятельности является эмоция удовольствия или желание выдвинуться, заслужить похвалу. Мальчик не способен к систематической деятельности, избегает всякой работы, не

связанной с эмоцией удовольствий, а работать по принуждению, по необходимости он не хочет.

Совершенно другой характер двигательного возбуждения отмечается у второго мальчика. Возбуждение связано с большой жаждой деятельности. В отличие от первого мальчика второй любит труд. При умелом подходе педагога он способен и к систематическому труду. Отмечается большая любознательность и интерес к работе. Различным в обоих случаях является и характер мышления. У первого мальчика мышление характеризуется «детскостью», недостаточной способностью к абстрактному обобщению; у второго — абстракция вполне доступна, логические процессы идут на высоком уровне. Глубоко различие и в аффективной установке в отношении к окружающим. В первом случае речь идет об эгоцентричном субъекте, основным стимулом поведения которого является жажда внимания; вся деятельность его определяется этим. У второго мальчика социальные эмоции развиты соответственно возрасту: он хороший товарищ, всем живо интересуется, охотно помогает другим и пользуется любовью со стороны детей. Кардинальным симптомом в клинической картине второго мальчика является повышенное, веселое настроение с резкой лабильностью без видимой внешней причины.

Следовательно, несмотря на большое сходство клинической картины, речь идет о двух различных формах психопатии с иной патогенетической основой. В первом наблюдении патологические особенности типичны для психопатии первой группы с чертами дисгармонического инфантилизма, во втором — патологические черты в поведении менее резко выражены, их можно рассматривать как проявления стертой формы гипертимической личности.

Таким образом, один и тот же синдром неустойчивости поведения с двигательным беспокойством у обоих мальчиков имеет различную качественную характеристику. У первого он связан с недоразвитием высших форм волевой деятельности в связи с задержкой развития на более ранней ступени, у второго — речь идет о патологии темперамента с повышенным, но неустойчивым биологическим тонусом. Это — патологически измененная форма того типа нервной деятельности, который характеризуется И. П. Павловым как сильный, но неуравновешенный тип.

В приведенных нами клинических примерах соматические особенности также могут быть использованы как дополнительный диагностический признак. У первого мальчика наряду с незрелостью и детскостью со стороны психики отмечаются черты детскости и в телосложении, и в двигательной сфере. Следовательно, и при диагностике психопатии остается в силе основное клиническое правило: диагноз ставится на основании не изолированных «ведущих» клинических симптомоком-

плексов, а совокупности всех проявлений состояния и течения. Необходимо в каждом конкретном случае изучать симптомы не только по проявлениям, но и по их происхождению, учитывать качественную характеристику синдромов и тот фон, на котором они возникают, т. е. всю личность в целом.

При распознавании выраженной формы психопатии с клинической картиной, богатой психопатологическими симптомами, возникает вторая важная задача: отграничить психопатию от психической болезни. Такое отграничение необходимо провести главным образом от циркулярного психоза и шизофрении, т. е. от тех болезней, которые называют «эндогенными». Наибольшие дифференциально-диагностические трудности возникают при отграничении от эндогенных психозов психастенических личностей с явлениями навязчивости и аутичных психопатий.

Психастенические психопатии, осложненные явлениями навязчивости с элементами приступообразного течения, некоторыми авторами рассматривались как своеобразные формы циркулярного психоза. Бонгеффер (Bonhoeffer) в пользу этой точки зрения приводил тот факт, что при некоторых *формах навязчивого состояния отмечаются не только депрессивные*, но и маниакальные черты. Ю. В. Каннабих в своих исследованиях также ставил вопрос о родстве между психастенией и навязчивыми состояниями и маниакально-депрессивным психозом (позднее он эту точку зрения изменил). С. А. Суханов писал о сочетании психастении и циклотимии. Р. Я. Голант описывала навязчивое состояние в депрессивной фазе циркулярного психоза.

Во всех этих высказываниях, подчеркивающих наличие клинического сходства некоторых форм психастении с циркулярным психозом, имеется много правильного. В наших наблюдениях, собранных в детской клинике, мы также могли отметить в клинической картине этих форм некоторые общие черты: депрессивную окраску настроения и наличие приступообразности течения. Однако дифференциальный диагноз психастенической психопатии с циркулярным психозом у детей возможен. Депрессивные явления при психастении отличаются от циркулярной депрессии: аффект тоски не занимает ведущего места в клинической картине этой формы психопатии,— здесь преобладает не депрессия, а тревога, боязливое ожидание грядущей беды. Зависимость клинических проявлений от жизненной ситуации при психастении гораздо более резко выражена, чем в случаях циркулярной депрессии, при которой депрессивный аффект отличается большой стойкостью. Приступообразное течение этих форм психопатии также отличается от приступообразности циркулярного психоза: здесь нет такой строгой фазности и периодичности, отдельные приступы менее оформлены.

Труднее отграничить выраженные формы психастенической психопатии от вяло протекающей шизофрении с синдромом навязчивости. Некоторые авторы даже утверждали, что психастения, осложненная навязчивыми состояниями, должна быть причислена к мягким или стертым формам шизофрении (Э. Блейлер). Эта точка зрения подверглась дискуссии в советской психиатрии и после серьезной критики была отвергнута. Критерии отграничения психастенической психопатии от вяло протекающей шизофрении с синдромом навязчивости следует искать главным образом в особенностях клинической картины в целом, хотя известное значение имеет и структура навязчивого синдрома.

Д. С. Озерецковский, изучавший навязчивые состояния при шизофрении, подчеркивает, что явления навязчивости при шизофрении правильнее всего рассматривать в широкой группе шизофренических автоматизмов; по характеру переживаний они могут быть отнесены к феноменам частичной деперсонализации. Он считает характерным для навязчивых состояний при шизофрении внезапность и немотивированность их возникновения, а также нелепое, непонятное содержание их.

В нашей клинике Е. Е. Сканави, изучая особенности навязчивых состояний при шизофрении, установила их дифференциально-диагностические отличия от невротических на основании структуры самого навязчивого синдрома. Автор отмечает, что при навязчивых страхах при шизофрении теряется цельность синдрома; в одних случаях слабеет критическое отношение, в других — бледнеет аффект, теряется связь с психической травмой. Навязчивые страхи генерализуются, появляются двигательные и психические автоматизмы. Чувство отчуждения, свойственное навязчивому синдрому, сменяется подозрительностью, идеями отношения, чувством овладения.

Наиболее трудными в дифференциально-диагностическом отношении являются аутичные психопатии. Описанную выше клиническую картину аутичной психопатии некоторые авторы (Э. Блейлер и др.) рассматривают как латентную форму шизофрении без прогредиентного течения. В пользу этого предположения приводятся: 1) факты из семейного анамнеза этих лиц (большой процент больных шизофренией в семьях); 2) данные о преморбидном характере лиц, заболевающих шизофренией. Эти факты подтверждаются и наблюдениями детской клиники.

Тем не менее остается непонятным, какой смысл относить к процессуальным заболеваниям непрогредиентные формы. Это привело бы к неправомерному расширению этой группы заболеваний и большой путанице понятий. Наши клинические наблюдения, относящиеся к этой разновидности психопатии,

катамнестически прослеженные в течение многих лет (10—20 лет), дают нам основание утверждать необходимость исключения этой группы психопатий из границ вяло протекающей шизофрении.

Для дифференциального диагноза аутичной психопатии с вяло протекающей шизофренией должны быть использованы два критерия: 1) критерий качественной характеристики сходных клинических синдромов, 2) критерий динамики развития клинических проявлений. При аутичной психопатии, так же как и при шизофрении, имеются более или менее грубо выраженные нарушения в эмоциональной сфере: бледность эмоций, некоторая вялость и скудость в их выражении и отсутствие детской непосредственности и жизнерадостности. Однако при психопатии никогда не наблюдалось той апатии и безучастности к окружающим, которые характерны для вяло протекающей шизофрении. Об этом говорят данные М. С. Певзнер о шизоидной психопатии в детском возрасте. Автор указывает, что при бедности выражения эмоций вовне у аутичных богатый внутренний мир, они проявляют интерес к окружающему, большую любознательность (избирательную). У многих из них выражены эстетические эмоции: любовь к красивому, к музыке, к литературе. При малой потребности в общении с окружающими в большинстве случаев у них отмечаются сильные привязанности к отдельным людям (к родным, матери). У них часто не по-детски глубоки переживания, связанные с чувством неполноценности. Они очень сильно страдают от своей моторной недостаточности, плохой приспособляемости к окружающему, и в то же время у многих из них глубоко таится чувство внутреннего превосходства перед другими детьми.

Особенности мышления у аутичных личностей также имеют клиническое сходство с расстройством мышления при вяло протекающей шизофрении. Это сходство проявляется в наклонности к схематизации, резонерству, мудрствованию. Однако мышление аутичных резко отличается от шизофренического. Здесь отсутствуют характерные для шизофрении нарушения динамики мыслительного процесса (наплыв мыслей, остановка мыслей, расщепление мысленного процесса и др.). Логические процессы у аутичной личности обычно на высоком уровне, продуктивность хорошая. Большинство из аутичных подростков хорошо учится в школе. Им хорошо дается математика, физика и другие предметы, требующие отвлеченного мышления. У них отсутствуют характерные для шизофрении нарушения работоспособности, затруднения в усвояемости, неспособность сосредоточиться на задании и полностью его осмыслить. Отмечающаяся у аутичных субъектов рассеянность резко отличается от рассеянности больного шизофренией. Она объясняется не расстройством мыслительного акта, а

поглощенностью своими собственными мыслями. Они сосредоточены главным образом на своих переживаниях, от этого резко страдает их внимание к внешним впечатлениям.

Деятельность аутичных личностей также отличается от деятельности больных шизофренией. Даже при выраженных патологических проявлениях при психопатии (наличие наклонности к автоматизму, слабость инициативы, плохая приспособляемость) никогда не отмечается той разлаженной и дезорганизованной деятельности, какая имеет место у больных шизофренией. Круг деятельности их сужен, интересы избирательны. Но в отношении интересующего их предмета они проявляют достаточную целенаправленность и организованность. В их деятельности нет характерной для шизофрении резкой оторванности от реального: даже у субъектов, склонных к мечтательности и фантазированию, в содержании фантазии всегда можно установить наличие связи с реальной ситуацией (переживания связаны с неудовлетворенностью своей жизненной ситуацией).

Еще большее значение для дифференциальной диагностики имеет критерий динамики, течения. Клинические наблюдения, касающиеся динамики аутичных психопатий (работы Г. Е. Сухаревой, Т. П. Симсон, М. С. Певзнер, Р. А. Морган и др.), устанавливают, что дальнейшее развитие этих форм благоприятное, за исключением небольшой части случаев (у которых в дальнейшем развился шизофренический процесс): подростки с годами становятся более общительными, более организованными, более приспособленными к жизни. Следовательно, как ни труден дифференциальный диагноз между выраженной формой психопатии и психическим заболеванием, все же он возможен, особенно если в полной мере использовать динамический метод.

Лекция 21

КЛИНИКА ПСИХОПАТИЙ ТРЕТЬЕЙ ГРУППЫ (ПОВРЕЖДЕННОЕ РАЗВИТИЕ В СВЯЗИ С ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА РАННИХ ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА)

Патогенетическая основа данной группы — аномалия развития, возникающая на фоне резидуальной мозговой недостаточности, характеризуется своей структурной сложностью: в каждом конкретном случае органической психопатии наряду с проявлениями постпроцессуального дефекта, обусловленного перенесенным мозговым заболеванием, имеются и признаки аномалии развития еще не сформированных отделов нервной системы. Удельный вес каждого из этих двух патогенетических звеньев (аномалии развития и постпроцессуального дефекта) неодинаков при различных клинических вариантах.

Этиология органических психопатий разнообразна. Различные поражения центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза во внутриутробном периоде или в младенческом возрасте приводят к той аномалии развития, которая является патогенетической основой психопатии: мозговые инфекции, интоксикации и травмы центральной нервной системы.

Эта группа психопатий, названная «органическими», была выделена значительно позднее двух предыдущих. Как известно, в течение многих лет большинство авторов рассматривало психопатии только как врожденные и унаследованные болезненные состояния (см. лекцию 12). Более правильную и оригинальную точку зрения на причины психопатий высказывали отечественные психиатры (И. П. Балинский, В. Х. Кандинский, С. С. Корсаков и др.). Они давно уже обратили внимание на то, что развитие психопатии может быть связано с ранними органическими поражениями головного мозга.

Такие же взгляды по вопросу об органической природе психопатии были высказаны и многими советскими психиатрами. Т. А. Гейер еще в 1930 г. выступил против сближения

психопатии с психозами и стирания грани между болезнью и характерологическими особенностями. Он возражал против переоценки роли наследственности в происхождении психопатии и подчеркнул значение инфекции и интоксикации, которые повреждают зачаток и плод и вызывают задержку и уклонение в развитии центральной нервной системы. Близкую к этому точку зрения отстаивал В. А. Гиляровский. Наряду с конституциональными формами психопатии он выделил и герминативные, вызванные поражением зачатка, и постнатальные, возникшие как последствия ранних мозговых заболеваний. Об органических психопатиях писал и М. О. Гуревич, который очень много внимания уделил изучению психопатических состояний в связи с мозговыми инфекциями. И. Н. Введенский на основании своих наблюдений в области судебной психиатрии также пришел к выводу, что в анамнезе огромного большинства психопатий отмечаются травмы головы, лихорадочные заболевания в раннем детстве с последующим изменением характера и задержкой интеллектуального развития.

Наиболее подробные и многочисленные исследования, посвященные органической психопатии, были проведены в детской клинике. Это вполне понятно, так как у ребенка гораздо легче, чем у взрослого, установить связь психопатических состояний с перенесенным органическим мозговым поражением. Взрослые люди о перенесенных ими в детстве мозговых заболеваниях очень мало могут сообщить, поэтому их психопатические состояния чаще расцениваются как врожденные или унаследованные.

Советскими психиатрами, работавшими в детских учреждениях, были собраны обширные клинические наблюдения о психопатических состояниях, обусловленных перенесенными мозговыми инфекциями и травмами (А. И. Винокурова, С. З. Галацкая, В. А. Гиляровский, М. О. Гуревич, К. А. Кондаратская, В. П. Кудрявцева, С. С. Мнухин, Н. И. Озерецкий, Е. А. Осипова, А. А. Пархоменко, М. С. Певзнер, К. Г. Рабинович, Т. П. Симсон, Г. Е. Сухарева, Д. Л. Эйнгорн, Л. С. Юсевич).

В различных исследованиях эти формы патологического поведения ребенка назывались по-разному: то как «органические психопатии», то как «психопатоподобные» состояния. Авторы, называвшие их «органическими психопатиями», справедливо фиксировали внимание на том, что раннее поражение мозга приводит в дальнейшем к различным дефектам формирования нервной системы, к дисгармоничному ее развитию. Так, В. А. Гиляровский подчеркивал, что при раннем поражении центральной нервной системы инфекционными и токсическими агентами имеется разрушение не вполне сложившихся образований и нарушаются зачатки будущих

сложных систем. М. О. Гуревич в своем руководстве по психиатрии указывал, что «органическая психопатия» принципильно не отличается от врожденных форм. Другие авторы предпочитали термин «психопатоподобный», так как этим названием подчеркивается приобретенный характер этих патологических состояний.

Клиническое положение третьей группы органических психопатий в настоящее время является недостаточно определенным. В эту группу включают различные формы патологических состояний, возникших под влиянием ранних мозговых поражений. Разнообразие клинических вариантов определяется сложностью их патогенетической основы. Те клинические варианты, в патогенезе которых преобладает аномалия развития нервной системы, с полным основанием могут быть отнесены к группе органической психопатии; в случаях же преобладания тяжелого постпроцессуального дефекта, проявляющегося в грубом распаде личности, мы считаем правильным говорить о психопатоподобных состояниях. Однако эта точка зрения отнюдь не является общепринятой. В настоящее время вопрос о разграничении психопатических и психопатоподобных состояний в раннем детском возрасте еще не решен. Анатомические исследования по этому вопросу очень скудны. Решение этой проблемы на основании одних только клинических исследований представляется затруднительным, требуются еще дальнейшие клинические, патофизиологические и морфологические исследования.

Клинические варианты органических психопатий и психопатоподобных состояний были описаны главным образом на основании наблюдений детской клиники. В раннем ясельном и дошкольном возрасте они изучались С. З. Галацкой, В. П. Кудрявцевой, Т. П. Симсон. М. С. Певзнер описала характерные особенности этой разновидности психопатий в школьном возрасте. Л. С. Юсевич изучала особенности органических психопатий у подростков.

Вопрос об этиологической специфичности органических психопатий в настоящее время также не решен. Большинство авторов, изучавших клинику органических психопатий у детей и подростков, отрицает специфичность их клинических проявлений при разной этиологии (М. О. Гуревич, Л. С. Юсевич, К. Г. Рабинович, К. А. Кондаратская и др.). Тем не менее такое решение вопроса нельзя считать абсолютно правильным и применимым ко всем формам органической психопатии. В исследованиях Е. А. Осиповой, посвященных органическим психопатиям при конгенитальном сифилисе, подчеркиваются некоторые типичные признаки со стороны психики и сомато-неврологической картины. О специфичности психопатических проявлений, обусловленной различием мозговых инфекций (корь, скарлатина, грипп, пневмония),

пишет и А. А. Пархоменко. Для решения вопроса об этиологической специфичности требуется еще дальнейшее накопление клинических наблюдений. В настоящее время дифференциация отдельных вариантов внутри этой группы проводится не по этиологическому принципу, а на основании клинических симптомокомплексов.

В клинической картине органической психопатии наблюдается ряд симптомокомплексов, связанных с единым патофизиологическим механизмом — нарушением естественной иерархии взаимоотношений между деятельностью древних, более низко стоящих, и молодых в эволюционном отношении физиологических систем. Такое нарушение естественной иерархии может наблюдаться как при ослаблении функциональной активности более высокодифференцированных физиологических систем (осуществляющих регуляцию и контроль), так и при наличии очагов возбуждения в древних физиологических системах подкорковой области. В первом случае происходит высвобождение из-под контроля и растормаживание более древних деятельностей (примитивных эмоций и инстинктов), во-втором — эти же древние формы деятельности нарушены первично (чрезмерно усилены или извращены).

В тех случаях, когда речь идет только о снижении корковой активности и ослаблении задержек, ведущим в клинической картине является синдром неустойчивости с повышенной эмоциональной и двигательной возбудимостью и недостаточной способностью к торможению своих реакций («бестормозные» субъекты, по Л. С. Юсевич). Совершенно другой клинический вариант наблюдается тогда, когда преобладающим патофизиологическим механизмом является усиленная деятельность более древних образований инстинктивной сферы. Основным в клинической картине второго варианта является повышение влечений с агрессивностью и разрушительными тенденциями. Для этих форм психопатии характерны и более выраженные расстройства общего самочувствия, более угрюмый, хмурый эмоциональный фон с дисфорическими колебаниями настроения.

Преобладание тех или других клинических симптомокомплексов в картине органической психопатии зависит и от возрастной фазы развития. В младшем детском возрасте (в преддошкольном, дошкольном и младшем школьном возрастах) в любой клинической разновидности органической психопатии преобладающим является синдром двигательного возбуждения (лишь качественная характеристика этого синдрома неодинакова в разных вариантах психопатий). С возрастом ребенка, когда двигательное возбуждение постепенно стихает, становятся более отчетливыми особенности качественной структуры той или другой разновидности психопатии.

В картине первого клинического варианта — «бестормозные» — на первый план выступает неспособность к организованной систематической деятельности. Деятельность нарушается не только в связи со слабостью активного внимания, но и в связи с повышенной «откликаемостью» на все внешние раздражители. Все новое — игрушка, книга, инструменты, спортивные принадлежности — привлекает внимание. Эти дети с интересом и увлечением принимаются за чтение, включаются в игры, начинают работать в мастерской, однако очень быстро переходят к другим занятиям с тем, чтобы и их бросить, не доведя до конца. Их привлекают только яркие, быстро сменяющиеся впечатления, шумные многолюдные сборища, уличные происшествия, любые зрелища. При этом они ограничиваются ролью поверхностных и любопытных зрителей, но активно и непосредственно ни в чем не участвуют. Чрезвычайное непостоянство, изменчивость интересов, жажда новых впечатлений не дают им возможности остановиться на каком-либо задании, использовать имеющиеся навыки и знания для его разрешения, построить последовательный логический ряд, сделать вывод. Иногда, например, им удается сразу правильно решить арифметическую задачу, но объяснить и последовательно изложить, как они ее решили, обосновать необходимость отдельных действий они не могут.

Жадно воспринимая внешние впечатления, они не интересуются взаимной связью явлений. Столь характерные для дошкольного, особенно подросткового, возраста вопросы «как это сделано?», «почему?», «зачем?» у них не возникают. Поэтому причинно-следственные связи между явлениями остаются невскрытыми.

Характерным является некритичность этих больных, проявляющаяся в недостаточном понимании ситуации. Мышление их всегда в той или иной мере нарушено. Прежде всего страдает целенаправленность мышления. Их суждения поверхностны, поспешны, недостаточно последовательны, чаще всего основываются на случайных внешних признаках. Обращает внимание крайняя пестрота уровня логических операций, в котором наряду с достаточным обобщением и доступностью понятий встречаются элементарные, близкие к конкретно-наглядным построения.

При относительно удовлетворительном запоминании и ретенции память этих больных отличается недостаточной полнотой и точностью, которые еще более усугубляются тем, что эти дети без всякой критики изменяют и дополняют свои воспоминания, нисколько не заботясь об их соответствии действительности. В их высказываниях часто есть элемент конфабуляции, не отличающийся обычно богатством фантазии и ограничивающийся преимущественно хвастовством, бахвальством, а нередко и прямой ложью.

Эти дети даже при относительно сохранном интеллекте недостаточно критичны в оценке окружающей ситуации и собственного поведения. Они беспечны, не обнаруживают ни чувства дистанции, ни смущения, ни застенчивости, развязны со взрослыми.

Общий фон настроения с более или менее выраженным эйфорическим оттенком. Их эмоциональная жизнь, как и мышление, характеризуется чрезвычайной поверхностностью. Любое внешнее впечатление легко вызывает аффективную реакцию, часто весьма бурную, однако недлительную и не оставляющую никакого следа: они не злопамятны, не обидчивы, не самолюбивы, малочувствительны к похвале и порицанию. Они легко мирятся после ссоры и драк. У них нет стойкой привязанности; они не тоскуют в разлуке с родными, горе или страдания окружающих вызывают только поверхностную, короткую реакцию. Совершенно не перенося одиночества, они стремятся все время быть «на людях», но ни с кем не сближаются, не устанавливают прочных, дружеских отношений. Для них все «приятели», необходимая «компания» для совместного пустого времяпрепровождения, болтовни, возни, беготни, но не больше.

Характерной чертой поведения этих подростков является чрезвычайно быстрая реакция на любое внешнее впечатление и реализация каждого возникшего желания: все совершается без раздумья, без учета последствий. В большинстве случаев поступки определяются желанием данного момента, нет ни борьбы мотивов, ни колебаний в выборе действий. Поэтому и все поведение не имеет сколько-нибудь устойчивой определенной цели и направленности, а представляет ряд разрозненных, отдельных, подчас противоречивых поступков, возникающих в ответ на текущие впечатления и внешние воздействия, среди которых значительную роль играют плохие примеры и влияния со стороны окружающих, которым эти психопаты поддаются очень легко. Таких детей нельзя назвать ни добрыми (они никого не любят, не жалеют, ни о ком не заботятся), ни злыми (нет злобы, ненависти, желания обидеть); их действия представляют разительный контраст с относительно логичными высказываниями, подчас поражают своей недальновидностью, непредусмотрительностью, опрометчивостью. Их отдельные поступки иногда кажутся отважными, смелыми, однако при ближайшем рассмотрении они оказываются просто необдуманными, легкомысленными, без учета реальных условий. В то же время они трусливы, легко уступают любому препятствию, угрозе, впадают в панику.

В соматическом статусе этих детей обращает внимание некоторая задержка физического развития: малый рост, пропорции тела, свойственные более раннему возрасту (относительно большая голова и торс при несколько коротких конеч-

ностях), небольшая задержка развития вторичных половых признаков, непостоянный крипторхизм.

Со стороны нервной системы, как правило, имеются незначительные отклонения: легкая асимметрия лицевой иннервации и глазных щелей, некоторое повышение и неравномерность сухожильных рефлексов, небольшая и часто непостоянная анизокория, симптомы вегетативной дистонии. В большей части этих случаев удается обнаружить явления гидроцефалии.

Движения таких детей и подростков обычно избыточны, быстры, размашисты, несколько угловаты, неритмичны, порывисты. Мелкие движения пальцев и кисти неточны и совершаются сравнительно медленно. Усвоение и отработка новых двигательных навыков удается с трудом. Мимика живая, но малодифференцированная; имеется ограниченное количество выражений интенсивных аффектов (мина плача, смеха, гнева), но нюансы отсутствуют. Нередко отмечаются синкинезии и некоторые навязчивые движения (кусание ногтей, почесывание, сосание пальцев).

Речь быстрая, часто фонетически несколько дефектная (легкая шепелявость, неточное произношение букв «р» и «л»), артикуляционно недоразвитая (трудно удается произнесение многосложных и незнакомых слов). Словарь нередко довольно богат, грамматический и синтаксический строй речи в основном правилен.

Клиническим примером может служить следующая выдержка из истории болезни.

Мальчик А., 14 лет. Родился недоношенным, слабым, в 8 месяцев перенес менингит. Раннее развитие протекало без задержки, всегда был двигательно возбужденным, шаловливым, непоседливым. С 8 лет пошел в школу, трудности в учении были связаны преимущественно с двигательным беспокойством, неустойчивым вниманием, несерьезным отношением к занятиям. Все же 12 лет окончил 4 класса. В связи с войной учение прервалось и подросток 2 года ничего не делал, время проводил в компании безнадзорных.

По физическому развитию мальчик резко отстает от своего возраста; рост и вес соответствуют 8—9-летнему возрасту. Отмечается сглаженность носогубной складки и повышение сухожильных рефлексов справа.

Настроение повышенное, с эйфорическим оттенком. Всегда весел, беспечен, излишне подвижен; его двигательная активность выражается не в занятиях и играх, а в озорных проделках: дергает, толкает ребят, разбрасывает вещи, кривляется, чтобы вызвать смех и привлечь к себе внимание. Чрезмерно жаден ко всяким развлечениям, тяготится пребыванием в отделении главным образом потому, что нельзя ходить каждый вечер в кино, бегать по улицам, «скучно». Легко контактирует с подростками; несмотря на свой малый рост, пользуется авторитетом у более слабых, которым он импонирует своей самоуверенностью, хвастовством. Эмоционально скуден, ни к кому не привязан, никого не жалеет. Работать не любит, с персоналом то груб, то угодлив. Суждения логичны, ему доступно обобщение и причинно-следственные связи, но высказывания его поверхностны, непоследовательны. Недостаточно критичен в оценке ситуации. Беспечен в отношении планов на будущее: «Где-нибудь буду работать!». В поступках несамостоятелен, подпадает под чужое влияние.

В данном случае патологическое поведение мальчика может быть оценено как проявление органической психопатии, обусловленной перенесенным в 8-месячном возрасте менингитом. Трудно исключить и более раннее поражение во внутриутробном периоде (родился недоношенным, слабым). В клинической картине ясно выступают характерные признаки органической психопатии «бестормозного» типа: а) неспособность к организованной деятельности; б) непоследовательность мышления с некритичностью; в) эйфорический фон настроения.

Об органической природе психопатического состояния говорит не только клиническая картина психических нарушений, но и неврологические данные, эндокринные нарушения.

Т е ч е н и е этой клинической формы органической психопатии находится в большой зависимости от внешних условий и от возрастной фазы развития. Однако при всей изменчивости клинических проявлений имеется ряд общих закономерностей, более типичных для данной формы психопатий. Первыми и наиболее частыми проявлениями, обнаруживающимися уже иногда в р а н н е м в о з р а с т е, является повышенная сенсорная и моторная возбудимость этих детей. В их анамнезе отмечается резко выраженная пугливость, они боятся резких звуков, яркого света, незнакомых, новых для них предметов, людей, непривычной пищи и т. п. Возникающие при этом реакции — крик и плач — интенсивны и длительны. В ясельном и д о ш к о л ь н о м возрасте на первом плане психомоторное беспокойство. Помещение таких детей в детский сад с определенным режимом, требующим известного самоограничения, часто бывает сопряжено с большими осложнениями, так как их неуемная подвижность, аффективная необузданность и неустойчивость делают их трудными для организованного коллектива.

Острый момент наступает с началом ш к о л ь н о г о обучения. Здесь с первых же дней начинаются столкновения с педагогами и учащимися, протест против установленного режима. Повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, двигательное беспокойство приобретают новое содержание. Особенно ясно видна такая трансформация в психомоторной сфере. Прежние избыточные движения с непостоянным, разнообразным игровым содержанием постепенно превращаются в акты поведения с интенсивной аффективной окраской, являющейся выражением протеста и неутоленной потребности в движении: таковы драки, щипание соседей по парте, сползание под нее во время урока, верчение в руках учебных пособий, одежды и т. п.

Чем интенсивнее выражены эти нарушения у ребенка, тем труднее ему освоить правила школьного поведения. В связи

с этим они довольно часто попадают в категорию «недисциплинированных», «дезорганизаторов».

Если в дошкольном возрасте «основным нарушением» была повышенная сенсорная возбудимость и излишняя подвижность, то в школьном периоде ведущая роль переходит к аффективным нарушениям.

Эмоционально-волевые нарушения в младшем школьном возрасте довольно однообразны. Здесь преобладает патологическое поведение с резко выраженной необузданностью, неограниченной жаждой новых впечатлений, протестом против всякого режима и регламента, лабильностью эмоций, склонностью к аффективным разрядам. Вначале все это проявляется как беготня, драки, шумливость, крикливость, а позже — как школьные «прогулы», блуждание по улицам, крайнее пристрастие к перемене мест, к поездкам за город, порой к бродяжничеству. Избыточный импульс к движению не исчезает и у детей старшего школьного возраста и подростков, хотя и маскируется более сложными формами поведения. Все же в отдельных случаях наличие избыточного двигательного импульса обнаруживается у подростка, когда он попадает в условия, препятствующие реализации привычных форм поведения. Чем ярче выражен описываемый синдром, тем острее становится конфликтная ситуация, так как требования, предъявляемые к детям, с возрастом увеличиваются и тем самым все больше выявляется их недостаточность.

В переходном и юношеском возрасте этот синдром, усложняясь, составляет основу психопатических состояний типа «бестормозных» с их резко пониженной способностью к длительному напряжению, с поверхностными и неустойчивыми эмоциями, затрудненным приспособлением к условиям школы и производства, а в конфликтных ситуациях он является благоприятной почвой для развития истерических реакций.

В т о р а я клиническая разновидность органических психопатий по своей клинической картине соответствует «возбудимым», «импульсивным», «эксплозивным», «эпилептоидным» психопатиям, описанным рядом авторов (М. О. Гуревич, Е. Крепелин, П. Б. Ганнушкин, К. А. Кондаратская, К. Г. Рабинович, Л. С. Юсевич и др.). В клинической картине этого варианта психопатий ведущими признаками являются: повышенная раздражительность с наклонностью к аффективным взрывам, усиление примитивных эмоций и инстинктов. Общий фон настроения обычно мрачный, угрюмый, настроение неровное; временами возникают дисфорические состояния с напряженностью и злобной раздражительностью. Эмоциональные реакции у этих субъектов очень интенсивны, гневные вспышки чрезвычайно часто выливаются в бурные двигательные разряды. Аффекты стойкие, воспоминания об обиде сохраняются долго. Интенсивность влечений (жадность к пище,

эгоистичность) в свою очередь стимулирует создание агрессивно-защитной установки.

В новой обстановке такие дети держатся первое время несколько отгороженно, недоверчиво, приглядываются к окружающим. Однако довольно скоро они обнаруживают большую требовательность, неуживчивость, капризность, крайнее упрямство. В играх со сверстниками они неуступчивы, не считаются с окружающими, отнимают понравившиеся им игрушки, книжки, обижают младших и более слабых детей, нарушают правила игры.

С началом школьных занятий обнаруживаются некоторые недочеты их познавательной деятельности, затрудняющие обучение. Активное внимание неустойчиво и трудно привлекается. Память часто ослаблена, запоминание затруднено, особенно тогда, когда усвоение учебного материала не подкрепляется чувственными восприятиями. Интеллектуальные процессы часто протекают замедленно, легко возникают чувство усталости, истощения и нередко головные боли. В суждениях преобладают фактические, эмпирически установленные связи; более высокие обобщения и абстракция даются им гораздо труднее. Их деятельность, способность к напряжению всегда зависят от аффективных влияний. В осуществлении своих желаний они могут быть настойчивы и упорны. В отличие от «бестормозных» они не только не обнаруживают никаких инфантильных черт, но кажутся, особенно в пубертатном периоде, старше своего возраста, обнаруживая известную черствость, недоверчивость, даже подозрительность в отношении окружающих и трезвость в оценке реальной обстановки.

В более легких вариантах патологические черты не так резко выступают на первый план, в поведении можно уловить больше непосредственности, соответствующей возрасту. Ярче обнаруживается излишняя подвижность, раздражительность, капризность, вспыльчивость, меньше выявляется склонность к фиксации отрицательных переживаний. Однако и при этих смягченных вариантах в центре психопатологической картины остается подчеркнутость влечений, затрудняющая взаимоотношения с окружающими, стеничность в отстаивании своих желаний, эксплозивность реакций, склонность к угрюмому и неустойчивому настроению и нередко к выраженным дисфорическим эпизодам.

В их телосложении весьма часто можно отметить диспластичность: при малом или среднем росте они кажутся коренастыми, неуклюжими; большая голова и массивный торс сочетаются с укороченными конечностями, нередко структурные асимметрии лица, неправильная форма черепа, короткопалые кисти. Кожа часто плотная, бледная, с землистым или застойным оттенком, нередко пастозная, с пониженным турго-

ром, рано намечающимися морщинами. Контуры лица резко очерчены, углы нижней челюсти выражены, лобные бугры выдаются; иногда низкий отвесный лоб, широкие скулы. Мышечный рельеф на торсе и конечностях выражен отчетливо. Гениталии у мальчиков довольно крупных размеров, но при этом иногда отмечается частичный и непостоянный крипторхизм.

Из неврологических признаков нередко имеется, кроме асимметрии лицевой мускулатуры, также неравномерность рефлексов, повышение тонуса и силы мышц одной стороны (нередко намечается право- или левосторонний гемисиндром). Встречаются глазодвигательные нарушения: косоглазие, недостаточность конвергенции и отведения глазных яблок, отдельные нистагмоидные подергивания при их крайнем положении. Довольно часты жалобы на головные боли и общее недомогание.

Двигательная сфера характеризуется рядом особенностей: повышенная подвижность, непоседливость, свойственная этим детям в дошкольном и младшем школьном возрасте, позднее сменяется относительной малоподвижностью. Их движения при удовлетворительной силе часто бывают несколько медлительны, угловаты, походка тяжелая. Мелкие движения кисти недостаточно быстры и точны, хотя в процессе ручного труда новые двигательные формулы осваиваются довольно легко. Мимика малодифференцирована, скудна, однако отдельные мины (особенно в момент аффекта) очень выразительны. Речь несколько замедленная, маломодулированная, монотонная.

Девочка 15 лет. В семейном анамнезе какое-то психическое заболевание у отца. Роды у матери и первые годы жизни девочки протекали нормально. В возрасте 2 лет перенесла скарлатину в тяжелой форме, во время которой было состояние резкого психомоторного возбуждения. Скарлатина осложнилась лимфаденитом и отитом. Через несколько месяцев после скарлатины было отмечено резкое изменение поведения: девочка стала крайне возбудимой, двигательно беспокойной, агрессивной, злобной. В дошкольном возрасте была исключительно трудна в воспитательном отношении; в семье никого не любила, избивала сверстников, кусалась, царапалась. В школе училась удовлетворительно, но вела себя очень плохо — грубила педагогам, дралась с детьми. В возрасте 11—14 лет дважды помещалась в детское отделение больницы имени Кащенко, где был установлен диагноз: «психопатические черты характера после перенесенной мозговой инфекции (скарлатина)». В 15 лет сблизилась с безнадзорными подростками, много времени проводит на улице; обнаруживает повышенную сексуальность.

Данные обследования: по физическому развитию выглядит старше своего возраста (соответствует 17—18 годам). В телосложении диспластические черты. Легкий двусторонний птоз. Асимметрия лицевой иннервации. Язык отклоняется вправо. Сухожильные рефлексы повышены. Зрачки правильной формы, равномерны, реакция их на свет живая.

Малоконтактна, скрытна, недоверчива. Настроение обычно отрицательно окрашенное, угрюмое, неустойчивое. Любой незначительный повод вызывает аффективный разряд, гнев, агрессию. Девочка сварлива, злобна, крайне эгоистична, ни к кому не привязана. Интересы ограничены узким кругом бытовых вопросов, едой, сексуальными переживаниями. Интеллект в пределах нормы.

Клинические проявления этой разновидности органической психопатии также обнаруживают определенную *динамику* развития в зависимости от возрастной фазы. В младенческом возрасте у них наблюдаются приступы длительного плача и крика с закатыванием, чрезмерно глубокий и нередко беспокойный сон, легко возникающие судороги при повышении температуры.

В дошкольном возрасте обнаруживаются особенности поведения, резко отличающие этих детей от их сверстников. Родные и педагоги детского сада обращают внимание на крайнюю неровность их настроения. Наряду с повышенной возбудимостью, излишней подвижностью, стремлением во все вмешиваться, ко всем приставать, затевать необузданные шалости у них бывает пониженное, нередко угрюмо-раздраженное настроение с оттенком внутренней напряженности и постоянной готовности к аффективному взрыву. «Скучный», «злой», «недовольный какой-то» — так характеризуют такие настроения их матери, а ребята их называют «кусачками» и «злюками».

Дети *старшего дошкольного и младшего школьного* возраста в периоды дисфории становятся особенно капризными, плаксивыми, непослушными, часто жалуются на неопределенные болезненные ощущения, отказываются от еды, плохо спят, чаще обычного ссорятся и дерутся со сверстниками.

Особенно отчетливо выявляется дисфория и в *пубертатном* возрасте. В такие периоды изменяется даже внешний облик подростков: бледное, часто слегка одутловатое лицо, синева под глазами, вялая поза. Частые жалобы на головную боль, тяжесть в голове, бессонницу, отсутствие аппетита, изменение вкусовых ощущений («еда противная», «все, как вата»), какое-то внутреннее беспокойство: «места себе не нахожу», «все не по мне», «не то злость, не то скука берет» — так они сами характеризуют свое состояние.

На этом фоне с необычайной легкостью развиваются вспышки раздражения и гнева, которые в периоды дисфорий протекают особенно бурно. Возникновению таких реакций способствует крайне обостренное, а иногда своеобразно измененное отношение ко всему окружающему: привычная обстановка вызывает раздражение; люди, которые их всегда окружают, кажутся «противными», «злыми», «уродами»; их голоса, движения, смех вызывают «ненависть», «отвращение». Сами по себе приходят в голову воспоминания о всех прошлых обидах и конфликтах, которые усиливают внутреннюю напряженность и ожесточение.

Один 12-летний подросток так описывает начало дисфории: «сначала в животе что-то сожмется, потом к сердцу подойдет и душит, потом в голову ударит и тут все плохое

вспоминается: кто ругал, кто побил, и такая злость берет, что убил бы их всех...».

По окончании дисфорического приступа (обычно проходящего постепенно) они в течение некоторого времени выглядят истощенными, ослабевшими, дают не свойственные им астенические реакции, плачут, жалуются и т. п.

Интенсивность элементарных потребностей,— жадность к пище, стеничная защита своих жизненных благ и склонность к эксплозивным разрядам,— мешают созданию контакта с окружающими и порождают частые конфликты.

Склонность к фиксации на отрицательных эмоциях, трудность их изживания формируют настороженную агрессивно-защитную установку недоверчивого, подозрительного ребенка, живущего в атмосфере всеобщей неприязни. В свете эгоцентрической установки все, что имеет отношение к личным интересам, приобретает особое значение. Все примеряется к себе: читая книгу или слушая какой-либо рассказ, подростки нередко прерывают его возгласами: «Вот бы мне так! Это бы и я захотел!», если речь идет о каком-нибудь благополучии, удаче и т. п.

В период школьных занятий обнаруживается пониженная заинтересованность учебным материалом; замедленный темп интеллектуальной деятельности, нередко повышенная утомляемость снижают работоспособность. Иногда отчетливо выявляется недостаточность памяти, преимущественно трудность запоминания новых сведений. Затруднения в школьной учебе являются источником новых конфликтов. Повышенная самооценка, нетерпимость к замечаниям педагогов, товарищей, постоянная уверенность в собственной правоте, еще более укрепляя защитно-агрессивную установку и увеличивая их изоляцию от коллектива класса, ведут к нарастанию и обострению конфликтной ситуации.

С наибольшей полнотой и интенсивностью психопатические черты характера выявляются в пубертатном периоде. На фоне более резкой неуравновешенности аффективные разряды возникают особенно легко по любому незначительному поводу. Дисфорические периоды становятся чаще, длительнее и в отдельных случаях протекают очень тяжело, сопровождаясь расстройством сна, аппетита и плохим общим самочувствием.

Все это иногда вызывает подозрение на начало психического заболевания или на активизацию органического процесса. Последнее предположение в отдельных случаях поддерживается появлением таких симптомов, как рецидив энуреза, снохождения, эпилептиформных припадков, головных болей.

Однако по окончании периода полового созревания в большинстве случаев все эти симптомы исчезают, а интенсивность психопатических черт снижается. Пубертатный возраст для подростков данной группы может стать серьезным перелом-

ным моментом всей их жизни. В этом периоде обострение их психопатических особенностей может привести к исключению из школы и к обострению конфликтных отношений с семьей. Если при этом необходимые лечебные и воспитательные мероприятия отсутствуют, то такой подросток оказывается выброшенным из нормального жизненного уклада и может пойти по пути антисоциального поведения. Попытки устройства на работу, где требуется еще бо́льшая дисциплинированность и работоспособность, чем в школе, обычно заканчиваются неудачей.

Если же, несмотря на трудности поведения, объединенными усилиями школы, семьи и врача удается благополучно провести такого подростка через этот трудный период, эксплозивный синдром и дисфорические состояния в дальнейшем смягчаются, и поведение подростка выравнивается в большей или меньшей степени в зависимости от условий жизни.

Наряду с описанными выше более ясными и клиническими очерченными вариантами органической психопатии в эту группу часто относят еще и третью разновидность, клиническое положение которой нам представляется менее ясным.

В клинической картине этого третьего варианта органический дефект после перенесенного мозгового заболевания выступает значительно более резко, чем в первых двух. Психопатическое поведение ребенка обычно проявляется непосредственно после перенесенного мозгового заболевания и выражается в таком грубом распаде целостной личности, что отнесение этих больных к группе органических психопатий всегда вызывает сомнение. При психопатии — даже органической — всегда речь идет об аномальной личности с теми или другими особенностями развития. При последней форме психопатического поведения личность разрушена в связи с органическим мозговым заболеванием. Поэтому считаем более правильным относить данные формы к психопатоподобным состояниям.

По своим клиническим проявлениям эти больные только внешне напоминают органических психопатов своей суетливостью, непоседливостью, двигательным беспокойством и поразительной легкостью, с которой они осваиваются в непривычных для них условиях. Однако их двигательное беспокойство отнюдь не связано с облегченным реагированием на внешние раздражения. То, что на первый взгляд производит впечатление живой мимики, оказывается однообразным гримасничанием и частично гиперкинезами лицевых мышц. Истинная мимическая игра почти отсутствует и ограничивается только несколькими минами — смех, плач, ярость.

Их пустое, бесцельное двигательное беспокойство характеризуется однообразием, монотонностью и совершается вне всякой связи с окружающей обстановкой. Находясь постоян-

но в окружении детей, они по существу одиноки, не участвуют в общих играх и занятиях, так как неспособны к целевым и последовательным действиям, не устанавливают ни с кем эмоциональных связей. Они равнодушно относятся к товарищам по играм, обращаются с ними, как с неодушевленными предметами: толкают, бьют, куда-то тащат. Только попытка приостановить их двигательные разряды (заставить спокойно сидеть за столом, лежать в постели, ходить рядом с другими на прогулке) вызывает резкое сопротивление, агрессию, нередко гневные вспышки, во время которых они жестоко дерутся, кусаются, царапаются, ломают вещи.

Эмоциональная сфера у этих детей грубо нарушена. Более высокие, так называемые интеллектуализированные эмоции у них обычно отсутствуют или только намечаются, в то время как примитивные эмоции и инстинкты резко повышены и носят перверзный характер.

Матери этих больных отмечают у них отсутствие привязанности к родным, иногда жестокое обращение с маленькими детьми, с животными, мучая которых они как будто получают удовольствие. Эти дети не самолюбивы, похвала и ласка, порицание и угроза — все это никакого влияния на их поведение не оказывает. Они не злопамятны, не обидчивы и после конфликтов относятся к своим противникам так же безразлично, как и раньше.

Довольно рано внимание родных и педагогов обращают на себя явные нарушения инстинктов у таких детей. Они очень прожорливы, могут съесть большое количество еды, не испытывая чувства насыщения. В более резко выраженных случаях отмечается полное отсутствие избирательности в пище и брезгливости. Они с одинаковой жадностью поедают наряду со вкусными блюдами несвежие, испорченные продукты, подбирают остатки с чужих тарелок, огрызки хлеба и т. п. У некоторых из них наблюдается крайняя нечистоплотность, сопротивление попыткам их вымыть, переодеть, требованиям мыть руки, причесывать голову.

Одним из наиболее ярких выражений патологии их инстинктивной жизни является недостаточность инстинкта самосохранения. Они не только не обнаруживают естественного смущения и боязни в новой, непривычной обстановке, при встрече с незнакомыми людьми и т. п., но не реагируют даже на явно опасную ситуацию: подбегают к цепной собаке, влезают на лошадь, взбираются на деревья, уходят далеко от дома, блуждают в пустынных местностях. Отмечаются очень ранние (в 4—6 лет) бесцельные уходы, во время которых дети оказываются далеко от дома, бродят по нескольку суток, ночуют под открытым небом и не проявляют при этом ни страха, ни усталости, хотя по возвращении домой их крайнее истощение, бледность и невероятная запущенность свидетельствуют

о тяжести условий, в которых они находились во время своих блужданий.

Рано обнаруживается их повышенная, а в некоторых случаях и перверзная сексуальность, которая проявляется в упорном онанизме, сексуальных играх, а иногда косвенно в компоненте жестокости, обнаруживающемся тогда, когда они ласкаются к сверстникам или взрослым (обнимая кого-нибудь, они начинают его щипать и душить, их поцелуи сопровождаются укусами). Особенно явно этот элемент садизма выявляется в истязании животных (а иногда и маленьких, беспомощных детей), которое сопровождается явным сексуальным возбуждением. Поведение этих детей, характеризующееся отсутствием направленности, последовательности и неадекватное реальным условиям, производит впечатление глубокого слабоумия. Действительно, у некоторых из них при более выраженных формах имеются явления слабоумия. Однако у большинства результаты психологического исследования показывают, что их интеллект хотя и несколько снижен, но не так глубоко дефектен, как это можно было бы заключить из их поведения. Наиболее резко страдает устойчивость активного внимания. Они не в состоянии сосредоточиться на чем-нибудь даже в течение короткого времени. Пассивное внимание, наоборот, резко усилено, поэтому удовлетворительного ответа удается добиться только тогда, когда они сидят с закрытыми глазами (когда выключаются все зрительные раздражения). Память меньше изменена: запоминание и ретенция удовлетворительны, отмечается лишь неполнота и неточность, а нередко и скудость воспоминаний.

Суждения элементарны, поверхностны, не поднимаются выше уровня эмпирических связей. Логические построения, отражающие причинно-следственную зависимость, им почти недоступны. Однако нередко отмечается значительная пестрота суждений, в которых наряду с крайне низкими, близкими к слабоумным, высказываниями встречаются и гораздо более высокие, свидетельствующие о некоторой возможности обобщения. Моторика этих больных характеризуется размашистыми, стремительными, неуклюжими движениями. Отсутствует характерная для детей пластичность, мягкость движений. Дифференцированные точные движения у них явно недостаточны, правильное держание карандаша, ручки даже в 7-летнем возрасте им плохо удается. Мимика однообразная, маловыразительная, много гримас.

Д и н а м и к а клинических проявлений чрезвычайно однообразна. Проявляясь непосредственно после болезни, эти патологические симптомы почти сразу обнаруживаются во всей своей полноте и интенсивности. Если позже возникают такие новые проявления, как упорное убегание из дому, бродяжничество, склонность к мучительству животных, то они представ-

ляют только увеличение числа патологических симптомов, а не усложнение имевшихся прежде.

Влияние внешних условий на динамику при этой разновидности выражено меньше, чем при предыдущих. Оно сказывается в том, что при правильном лечебно-педагогическом подходе удается несколько снизить их двигательное беспокойство, привить элементарные навыки опрятности, в какой-то мере приспособить их к требованиям общежития.

Что касается влияния возрастного развития, то оно выражается главным образом в том, что с течением времени интенсивность патологических проявлений снижается: меньше становится двигательная расторможенность, бледнеют импульсивные реакции и постепенно обнаруживается органическая дефектность, в большинстве случаев это — картина более или менее выраженной дементности с отдельными психопатическими чертами.

Девочка 12 лет. В роду отмечается эпилепсия у тетки по линии матери. Остальные родственники здоровы. Родилась в срок, раннее развитие протекало нормально. Росла здоровым, спокойным ребенком. В возрасте 3 лет упала с русской печи, ударилась лицом о железный таз. Был перелом костей носа, сильное кровотечение. После перевязки девочка уснула и в течение 2 суток спала, не просыпаясь. Поднялась температура, которая держалась несколько дней. Ребенок был болен около 6 недель, поправлялся медленно. После выздоровления родные заметили, что поведение девочки резко изменилось. Она стала двигательно беспокойной, суетливой, назойливой, плаксивой. Постоянно ссорилась и дралась с детьми, вырывала у них из рук еду, была очень прожорлива. Появились ночные страхи. Когда девочке было 6 лет, семья переехала в Москву. Здесь она по целым дням пропадала из дому, бегала по улицам. Мать поместила ее в больницу имени Соловьева, где она пробыла 4 месяца. В больнице отмечалось резкое моторное беспокойство, злобность, жестокость, повышенная сексуальность, непродуктивность в занятиях. В возрасте 8 лет поступила в школу, но вскоре в связи с двигательным возбуждением, драчливостью, воровством была исключена. После двухмесячного пребывания в детском отделении больницы имени Кащенко была переведена в Московскую загородную психиатрическую больницу, где находилась дважды: первый раз 10 месяцев, второй — 3 месяца.

Состояние ее после пребывания в больнице изменилось: она стала менее плаксивой, немного улучшился сон, но поведение оставалось прежним. Девочка занималась во вспомогательной школе, но через 2 месяца ее исключили из-за крайней недисциплинированности и драчливости, хотя в то же время учительница отмечала ее удовлетворительные способности к обучению. Последние полгода девочка нигде не училась, ничем не занималась, бо́льшую часть времени проводила на улице. Дома была непослушна, драчлива, лжива. Никакой привязанности к родным не имела. Несколько раз уводила у соседей маленьких детей, с которыми любила «играть»: обнимала их, целовала, прижимала — «чуть не удушит». Мать отмечала, что за последние 1—2 года девочка стала несколько спокойнее, хотя все еще оставалась трудной в воспитательном отношении.

Физическое развитие соответствует возрасту. На переносице имеется кожный рубец, переходящий на правую щеку. Внутренние органы без выраженных отклонений от нормы. Нервная система: зрачки неравномерны ($d > s$), реакция на свет несколько ослаблена. Правая глазная щель у́же левой. Парез конвергенции, лицевая иннервация слева ослаблена, язык при высовывании отклоняется влево, сила движений и координация

в левых конечностях недостаточны, коленный и ахиллов рефлексы слева выше, слева симптом Оппенгейма. Гиперкинез протянутых рук. Акроцианоз, потливость конечностей, усиленная саливация. Мимика бедная, речь громкая, монотонная. Реакция Вассермана отрицательная.

Психическое состояние: девочка постоянно в движении, не может спокойно усидеть на месте, вскакивает, вертится, производит ряд бесцельных движений. Легко вступает в контакт и рассказывает о себе, но очень скоро ей разговор надоедает и она старается под всякими предлогами уйти из врачебного кабинета. В отделении назойлива, суетлива, любопытна, ничем заняться не может, в мастерской и в учебных занятиях непродуктивна. Постоянно вступает в конфликты с окружающими, по ничтожному поводу возникают аффективные вспышки, бранится, дерется, иногда без видимой причины часами громко плачет. Эмоционально скудна, ни к кому не привязывается, о родных не скучает, никакой аффективной реакции на отрицательное отношение к ней окружающих не дает: ей безразлично, как к ней относятся, она не ценит похвалы, одобрения, не обращает внимания на упреки и замечания, совершенно не чувствует своего одиночества. Элементарные влечения резко усилены, отмечается прожорливость и сексуальность, онанизм. Интеллект грубо не нарушен, но из-за неустойчивости внимания и неспособности сосредоточиться ее ответы хуже, чем она могла бы дать.

Такова клиническая картина этой разновидности психопатического поведения детей, возникающего после перенесенного мозгового заболевания. Грубое нарушение целостности личности, возникшее непосредственно после травмы, резкое расстройство целенаправленной деятельности с недостаточным учетом реальной обстановки — все это дает основание предполагать, что патогенетической основой данных форм является не столько аномалия развития нервной системы, сколько тяжелый постпроцессуальный дефект. По своим клиническим проявлениям эта разновидность представляет большое клиническое сходство с психопатоподобным поведением при эпидемическом энцефалите.

В отличие от органической психопатии, при которой всегда можно определить наличие каких-то структурных особенностей личности, наиболее типичным для этих больных является отсутствие определенной структуры личности, отсутствие аффективного отношения к окружающим и даже к самому себе. Деятельность этих больных гораздо более глубоко расстроена, чем при органической психопатии. Все поступки и действия характеризуются отсутствием цели и направленности. Все действия совершаются импульсивно, под влиянием минутных желаний.

Способность к критической оценке окружающего у них страдает гораздо глубже, чем при органической психопатии. Этим можно отчасти объяснить характерное для них расхождение между относительной сохранностью суждения и нелепостью поведения.

Лекция 22

РАСПОЗНАВАНИЕ ПСИХОПАТИЙ ТРЕТЬЕЙ ГРУППЫ

Дифференциальный диагноз с другими формами психопатий и психопатоподобными состояниями при мозговых заболеваниях

Распознавание органической психопатии в ее выраженной форме не представляет затруднений. Диагноз может быть поставлен даже у детей школьного возраста на основании характерных для этих больных признаков: 1) чрезмерно повышенная двигательная и эмоциональная возбудимость, доходящая в отдельных случаях до бесцельного возбуждения и бурных аффективных вспышек; 2) импульсивность поступков, приводящая к неспособности рациональной регуляции своего поведения; 3) резко выраженное преобладание примитивных эмоций, повышенных, а иногда и перверзных влечений и инстинктов над высшими эмоциями.

Немалое диагностическое значение имеют и данные сомато-неврологической картины: признаки диспластичности в строении тела, дефекты формирования черепа, симптомы остаточных парезов черепномозговых нервов, отклонения со стороны сухожильных и кожных рефлексов, расстройство координации и темпа движений. Имеют значение и субъективные жалобы этих детей и подростков на головные боли и головокружения. При спинномозговой пункции нередко можно установить гидроцефальный состав ликвора и повышение внутричерепного давления.

Важно принять во внимание и данные анамнеза, указывающие на перенесенное в раннем детстве мозговое заболевание. Проявления патологического поведения ребенка в этих случаях отмечаются уже в преддошкольном возрасте, обычно через более или менее длительный промежуток времени после перенесенного мозгового заболевания.

Дифференциальный диагноз органической психопатии и других форм патологического поведения у детей может представить большие трудности. Эти затруднения объясняются тем, что у детей и подростков при самых разнообразных по

своей этиологии болезненных состояниях наблюдаются очень сходные клинические формы патологического поведения, характеризующиеся нарушением высших форм волевой деятельности и преобладанием более примитивных эмоций и инстинктов. В каждом конкретном случае требуется решить, что лежит в основе патологического поведения ребенка: а) врожденное (или рано приобретенное) болезненное состояние; б) затяжное психогенное реактивное состояние, переходящее в патологическое развитие личности; в) болезненный процесс.

Таким образом, отграничение психопатий, развивающейся на фоне резидуальной церебральной недостаточности, чаще всего приходится проводить от: 1) других клинических разновидностей психопатий; 2) некоторых форм патологического развития личности; 3) психопатоподобных состояний, наблюдающихся при процессуальных формах психических заболеваний.

Мы последовательно рассмотрим дифференциально-диагностические критерии применительно к каждой из этих трех групп. Наиболее трудно проводить дифференциальный диагноз между органической психопатией с чертами неустойчивости и психопатиями первой группы. В клинической картине психопатий того и другого типа имеется ряд общих черт: неспособность к длительному напряжению, двигательная расторможенность, недоразвитие высших форм волевой деятельности (с преобладанием импульсивной деятельности по мотивам удовольствия). В клинической картине той и другой формы психопатии преобладает синдром «неустойчивости». При более тщательном клиническом анализе можно установить качественное своеобразие синдрома неустойчивости в первой и второй разновидности психопатий.

Приводим два примера.

Подросток 16 лет. Из анамнеза известно, что во время беременности мать болела малярией, жила в неблагоприятных условиях. Ребенок родился в асфиксии, рос физически слабым, развивался с задержкой, говорить начал только к 5 годам; ночной энурез отмечается иногда и до настоящего времени. Рано стали наблюдаться трудности в воспитании ребенка. В яслях, а затем в детском саду воспитатели отмечали повышенную возбудимость, непоседливость, двигательное беспокойство, драчливость. В школу поступил 8 лет, учился плохо из-за двигательного беспокойства и крайней недисциплинированности, дрался и ссорился с учениками. В возрасте 9 лет был помещен в детскую психоневрологическую больницу. В выписке из истории болезни отмечено: задержка физического развития, череп гидроцефалической формы, зрачки неравномерны, реакция на конвергенцию ослаблена, лицевая иннервация ослаблена, коленные рефлексы повышены. Спинномозговая жидкость по составу без изменений; отмечается повышенное внутричерепное давление. За время нахождения в больнице мальчик был двигательно расторможен, суетлив, неусидчив. В патологическом поведении мальчика отмечалась не соответствующая возрасту детскость. Был выписан из больницы с диагнозом «психопатическое поведение в связи с внутриутробно перенесенным малярийным энцефалитом».

После выписки из больницы плохо учился, не закончил семилетней школы. Был помещен в воспитательную трудовую колонию, где пробыл

несколько лет. По возвращении из колонии очень плохо включался в трудовую деятельность, проводил время с беспризорными. Снова был направлен в психоневрологическую больницу. По физическому развитию отстает от своего возраста. Диспластичен. Ослабление лицевой иннервации справа. Повышенные коленные рефлексы. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет.

В беседе с врачом доступен, но сведения сообщает непоследовательно. Настроение большей частью повышенное, эйфоричен. Постоянно нарушает режим, во все вмешивается, крайне назойлив, цинично бранится. Некритичен, нет чувства дистанции, с пожилыми людьми бывает так же циничен и груб, как и со сверстниками. Всякий отказ в его просьбе вызывает бурную аффективную вспышку. Однако аффект его нестоек и вызывается только тем, что непосредственно в данный момент им воспринимается. Несмотря на отсутствие грубых интеллектуальных нарушений, мальчик малопродуктивен в занятиях и в работе, неспособен к сколько-нибудь длительному напряжению.

В патологическом поведении подростка имеется ряд особенностей, характерных для инфантильных личностей (избыточная подвижность, поверхностность, эмоциональная лабильность). Однако более пристальное наблюдение обнаруживает, что здесь нет самого существенного признака инфантильной личности: психической живости, яркости эмоций, большого интереса к окружающему. Преобладает расторможенность, эмоциональная скудость, бедность интересов. Диагноз органической психопатии в данном случае достаточно обоснован. В клинической картине отмечается ряд признаков, характерных для этой формы психопатии. С ранних лет у больного наблюдается неспособность к какой-либо организованной деятельности (даже игровой) и неумение жить в коллективе. В пользу диагноза органической психопатии говорят и данные физического состояния (диспластичность, череп неправильной формы, остаточные неврологические симптомы, повышение внутричерепного давления). Можно предположить, что причиной этой органической психопатии служит перенесенное во внутриутробном периоде заболевание малярией.

Во втором примере речь идет о патологической личности с чертами дисгармонического инфантилизма.

Мальчик, наблюдавшийся нами в возрасте 10—12 лет, происходил из наследственно отягощенной семьи. Отец мальчика перенес в молодости реактивный тюремный психоз, был легко возбудимым, впечатлительным человеком, болезненно самолюбив, с крайне повышенной самооценкой. Несмотря на свои большие способности, нигде не мог удержаться долго на работе. Его считали человеком, одаренным ораторским искусством, но поверхностным, стремящимся к внешнему блеску. По малейшему поводу отмечались расстройства настроения, грубые вспышки раздражительности, неоднократно симулировал покушение на самоубийство. Бабушка по линии отца была «нервной», капризной, под влиянием незначительных причин бывали припадки истерического характера, к старости стала более спокойной и уравновешенной. Мать считает себя очень нервным и впечатлительным человеком. Страдала болезненными предчувствиями, иногда зрительными галлюцинациями, видела «вещие» сны.

Мальчик родился от второй беременности, которая протекала в тяжелых моральных условиях. Роды и раннее развитие были нормальными.

В грудном возрасте перенес диспепсию и дизентерию. Рос двигательно беспокойным, плохо спал до 2 лет. Очень рано обнаружились трудности в его воспитании. Был капризным, возбудимым, раздражительным. В возрасте 6 лет мальчик стал без разрешения брать дома деньги, покупать лакомства. Был лжив, любил различные выдумки. В школе занимался с 8 лет. Проявил себя как трудновоспитуемый ребенок. Режиму не подчинялся, и его перевели в учреждение для трудновоспитуемых детей. Через год мальчика направили в психоневрологический санаторий с жалобами на то, что он чрезмерно подвижен, возбудим, резок и груб. Отмечались наклонности к воровству и лживости.

При поступлении в санаторий мальчик обратил на себя внимание чрезмерной подвижностью. На приеме у врача ни минуты не мог посидеть спокойно. Много двигался, разговаривал. Делал все порывисто, увлекаясь. Охотно рассказывал о своем прошлом, старался показать себя «героем». Интеллект хороший. Сразу понимает обращенный к нему вопрос и отвечает быстро, торопливо. Суждения поверхностны. Практически сметлив, наблюдателен, фантазия богатая, проявляет большой интерес к сказкам. Во время игры легко «вживается» в новую ситуацию. В играх с детьми делает все «по-серьезному», забывает, что это игра.

Мальчик небольшого роста, выражение лица осмысленное, живое, с быстрой выразительной мимикой. Очень быстро меняется выражение лица: то хитрое, заискивающее, то веселое, смеющееся, с живыми гримасами, то мрачное, с насупившимися бровями. Движения ловкие, пластичные, хорошо координированные. Общее настроение довольное, веселое, бодрое, но неустойчивое. Под влиянием незначительных причин становится раздражительным, душевные волнения проявляются то во вспышках раздражительности, то в бурных ласках. Во время вспышек раздражения может ударить, укусить, поцарапать. В то же время заботлив, беспокоится о матери.

Есть эстетические чувства, охотно рисует, слушает музыку, особенно любит уроки драматического искусства.

Действия его импульсивны, главным мотивом поступков служит эмоция удовольствия. Очень любит похвалу, имеется стремление первенствовать, командовать. Занимается охотно, чтобы выдвинуться, обратить на себя внимание. Лишь к драматическому искусству и ритмике проявляет истинный интерес

Однажды был замечен в воровстве, очень нервничал, когда это обнаружили. На другой день в ожидании того, что его вызовут в детский клуб для выговора, взял длинную веревку и в присутствии детей стал привязывать ее к доске, чтобы повеситься.

Постепенно, в течение двухлетнего пребывания в санатории, мальчик становился значительно спокойнее, стал более работоспособен, охотно занимается и с бо́льшим успехом. Стал более уживчив в детском коллективе. С ним можно было договориться и педагогу. Его поведение стало более ровным.

Катамнестические данные: по выписке из санатория поступил в пятый класс массовой школы. Учение шло успешно, были лишь отдельные жалобы на неподчинение режиму. В старших классах стал более спокойным и устойчивым.

По окончании школы поступил в высшее учебное заведение — Государственный институт театрального искусства. Умер от несчастного случая в возрасте 20 лет.

Из приведенных историй болезни видно, что в клинической картине у первого и второго мальчиков имеется ряд общих признаков, проявляющихся в не свойственной данному возрасту детскости, неспособности сдерживать свои влечения, суетливости, болтливости, повышенной внушаемости. Однако при сопоставлении клинических картин наряду со сходством имеет-

ся ряд существенных различий. Из них наиболее важными являются следующие.

1. При органической психопатии деятельность нарушена значительно более грубо, чем при психопатии с чертами дисгармонического инфантилизма. Второй мальчик может хорошо работать при наличии эмоциональных стимулов. Когда он заинтересован занятиями, когда у него есть желание выдвинуться на первое место и заслужить похвалу, он работает с усердием и проявляет достаточную работоспособность (мальчик обнаруживает одаренность в отношении ритмики и драматического искусства и на этих занятиях работает напряженно). У первого мальчика, страдающего органической психопатией, эмоциональные стимулы не имеют такого большого значения, так как он не только не хочет, но и не может работать в связи с неумением сосредоточиться и повышенной откликаемостью на всякие новые раздражители.

2. При органической психопатии значительно чаще обнаруживаются те или другие признаки задержки интеллектуального развития и относительно нередко снижена память. Они медленно усваивают новое и плохо используют полученные знания. Интеллектуальные интересы у них обычно низкие. В отличие от них дети, обнаруживающие черты дисгармонического инфантилизма, характеризуются большой живостью интеллектуальных процессов. Они быстро схватывают все новое, но суждения их поверхностны и потому умозаключения недостаточны.

3. Эмоциональное оскудение более характерно для органической психопатии. У первого мальчика нет стойких привязанностей и выраженных интересов. Характерная для обоих мальчиков повышенная возбудимость эмоций и неустойчивость настроения при органической психопатии носит более грубый характер. Общий фон настроения несколько повышенный в том и другом случае, но при органической форме психопатии настроение часто имеет эйфорический оттенок. Эти подростки беспечны, некритичны, у них нет чувства дистанции.

4. Некоторые отличительные особенности, имеющие значение для дифференциального диагноза, можно отметить и в соматическом состоянии этих детей. При органической психопатии отмечается диспластичность телосложения, неправильная форма черепа. Психомоторная сфера — мимика, координация и темп движений — при органической психопатии представляет ряд отклонений, тогда как у психопатов с чертами дисгармонического инфантилизма движения быстрые, пластичные, мимика живая и выразительная. При обследовании нервной системы у первых чаще обнаруживаются остаточные признаки ранее перенесенного мозгового заболевания, явления остаточной гидроцефалии, симптомы ликворной гипертензии. В анамнезе больных органической психопатией чаще можно найти указания на судорожные припадки в первые годы жизни,

расстройства речи, позднее развитие навыков опрятности, запоздалое развитие речи и ходьбы, интеллектуальную недостаточность.

5. Дальнейшая динамика также неодинакова при этих двух клинических разновидностях психопатий. При органической психопатии она менее благоприятна, чем при психопатии с чертами дисгармонического инфантилизма. Возможности дальнейшего развития — «дозревания» — у последних значительно больше. При наличии благоприятных жизненных условий, способствующих включению в трудовую деятельность, такие подростки становятся более устойчивыми и целенаправленными и в конечном счете могут быть полезными членами общества. У детей и подростков, страдающих органической психопатией, коррекция отдельных недочетов в их деятельности и социальное приспособление идут с бóльшим трудом. Тормозящим моментом в этом отношении являются более грубые органически обусловленные расстройства интеллектуальной деятельности, отсутствие целенаправленности и стойких интересов.

Повышенная внушаемость, податливость внешним влияниям наблюдаются при той и при другой клинической разновидности психопатий.

Однако податливость к положительному чаще отмечается у личностей с дисгармоническим инфантилизмом, чем при органической психопатии.

Затруднения могут возникнуть и при дифференциальном диагнозе органической психопатии с патологическим формированием характера под влиянием неблагоприятной среды и воспитания (см. лекцию 11).

Нездоровый жизненный уклад в семье, плохие, развращающие ребенка примеры, беспорядочный образ жизни, скандалы и пьянство родных благоприятствуют развитию у детей и подростков таких навыков и форм поведения, которые делают их похожими на психопатических личностей. Ребенок, лишенный правильного руководства в семье, предоставленный самому себе, уходит на «улицу», ищет там каких-то новых впечатлений, сближается с безнадзорными подростками. Втягиваясь постоянно в эту праздную жизнь, он теряет ранее приобретенные навыки к труду, усваивая нравы этих подростков, постепенно становится все более ленивым, распущенным, грубым, циничным; появляются нездоровые интересы, растормаживаются грубые влечения.

В тех случаях, когда дефекты поведения и деятельности наиболее резко выражены, дифференциальный диагноз с органической психопатией может представить некоторые затруднения. Однако при более тщательном анализе имеющихся данных удается вскрыть, что корни происхождения неправильных поступков здесь совершенно другие, чем при органической пси-

хопатии. Раздражительность, грубость, озлобленность, а иногда и ненависть к людям, наблюдающиеся у подростков с неправильным формированием характера (под влиянием неблагоприятных условий жизни), имеют другие формы проявления, чем при органической психопатии. Аффективные вспышки у них не производят впечатления чего-то безудержного, болезненного, как при органической психопатии. Они являются лишь результатом распущенности, нежелания себя сдержать, иногда демонстративны и носят характер нарочитости, желания добиться определенной цели. Их отрицательное отношение к людям объясняется суровым воспитанием. Отсутствие ласки и внимания со стороны близких, постоянные угрозы наказания развивают у ребенка неправильное миропонимание. Весь мир и люди рассматриваются ими как нечто враждебное, на всех они смотрят с недоверием, возникает агрессивная установка в отношении окружающих. Но в отличие от органических психопатий, при которых эти агрессивные установки связаны с дисфорическим настроением или с измененными повышенными влечениями, у подростков, живших в неблагоприятных условиях, по существу нет грубых болезненных нарушений в эмоциональной жизни. У них отмечается избирательность в отношении к людям. Подростки враждебно относятся только к взрослым; к сверстникам же они относятся хорошо, обнаруживая нередко достаточное чувство товарищества.

Нарушение работоспособности у этих подростков связано главным образом с педагогической запущенностью, с отсутствием навыков к деятельности, так как с раннего детства они не были приучены к труду. Здоровая детская энергия и инициатива в условиях неправильного воспитания либо затормаживалась, либо направлялась по неправильному пути. Грубых интеллектуальных дефектов у этих «педагогически запущенных» подростков обычно нет. В практической жизни они обнаруживают определенную сметливость и иногда даже не соответствующую возрасту практическую зрелость. Другими словами, неправильные формы поведения, наблюдающиеся у детей, воспитывавшихся в неблагоприятной среде, психологически понятны, тогда как при органических психопатиях они имеют в основе биологическую недостаточность в связи с перенесенным мозговым поражением.

Отсюда понятно, что нарушение поведения и работоспособности у подростков, «педагогически запущенных», легче поддается обратному развитию при изменении окружающей его среды, чем при органической психопатии. Поэтому при дифференциально-диагностических затруднениях большое значение приобретают данные динамического наблюдения. При помещении ребенка в соответствующие условия и включении его в интересную трудовую деятельность и в хороший детский коллектив через более или менее продолжительный период времени

удается установить, что за всем этим «фасадом» грубости и распущенности кроется здоровая личность.

Дифференциальный диагноз органических психопатий от психопатоподобных состояний, наблюдающихся при процессуальных нервно-психических заболеваниях, значительно труднее, чем при других клинических разновидностях психопатий. Эти трудности вполне понятны, если учесть, что органические психопатии по своей патогенетической основе значительно отличаются от других форм психопатий, так как наряду с аномалией развития здесь есть и признаки постпроцессуального дефекта.

В ряде случаев дифференциальный диагноз между органической психопатией и психопатоподобным состоянием процессуального характера совершенно невозможен без точных анамнестических данных и длительного клинического наблюдения.

Иллюстрацией к сказанному по поводу трудностей дифференциального диагноза психопатии и психопатоподобного состояния при процессуальных нервно-психических заболеваниях может служить следующая история болезни девочки, страдающей эпидемическим энцефалитом.

Девочка 9 лет. Из анамнеза известно, что она родилась в срок и развивалась до 7 лет нормально. Была жизнерадостным, общительным, добрым, отзывчивым ребенком.

Заболела в возрасте 7 лет. В течение недели отмечалось состояние сонливости, повышенная температура. Врач диагностировал эпидемический энцефалит. В течение месяца после этого была очень слаба, апатична, похудела. В дальнейшем стала более бодрой, но обнаружились изменения личности. Прежде спокойно игравшая с детьми, девочка стала задевать их, бить без какого-либо повода, приставала к взрослым, как бы задаваясь целью раздразнить всех. Часто цинично бранилась, убегала из дому; только вечером, побуждаемая голодом, возвращалась домой. Почти весь день проводила на рынках, переходя от одного лотка к другому и беря все, что ей понравится.

В школе не удержалась, на 4-й день отвести ее туда уже не удалось. Она отказалась от каких бы то ни было занятий, никого не слушала. Была направлена в клинику.

При соматическом и неврологическом обследовании никаких отклонений от нормы обнаружено не было. Лабораторные данные также не выявили отклонений. В беседе с врачом девочка обнаруживает большую наблюдательность, подробно сообщает о своей жизни, знает много стихотворений. Грубых расстройств интеллекта нет. Память хорошая. В отделении находится в постоянном двигательном возбуждении, ее трудно заставить посидеть на месте хотя бы несколько минут. Все время пристает с просьбами, вопросами; настроение у нее приподнятое. Поет, смеется, гримасничает, ни на какой работе не может сосредоточиться даже на короткое время, бесцельно ходит из одной комнаты в другую. Интереса ни к чему не проявляет, ни к кому не привязана, по родным не скучает, никогда не обижается. Бьет маленьких детей. Аппетит повышен, сон расстроен, часто бессонница. Временами, чаще к вечеру, у нее бывают состояния возбуждения без внешнего повода, сопровождающиеся агрессивными разрушительными действиями. Такие состояния возбуждения

продолжаются до часу ночи и больше. После месячного пребывания в клинике выписана без улучшения.

Диагноз психопатоподобного состояния, обусловленного эпидемическим энцефалитом, в данном случае не представляет сомнения. В пользу этого говорят анамнестические данные, доказывающие, что до 7-летнего возраста девочка развивалась нормально и не представляла никаких трудностей в воспитательном отношении; изменения характера и поведения у девочки начались после перенесенного эпидемического энцефалита. При отсутствии анамнестических сведений отграничение психопатоподобного состояния этой больной от органической психопатии могло представить немалые трудности. Однако при тщательном анализе клинических проявлений дифференциальный диагноз возможен. В пользу постпроцессуальной психопатизации говорит ряд признаков, указывающих на грубый распад личности, нарушение ее целостности (см. лекцию 22). Характерным для постпроцессуального дефекта является и грубое нарушение оценки реальной ситуации при сохранном интеллекте, отсутствие какой-либо цели и направленности в деятельности больной.

Для проведения дифференциального диагноза важно учесть и другие симптомы, типичные для той и другой формы.

Так, при эпидемическом энцефалите наблюдаются расстройства сна (извращение формулы сна) и своеобразные состояния двигательного возбуждения, возникающего обычно к вечеру без видимого внешнего повода. Возбуждение характеризуется большой аффективной напряженностью, разрушительными тенденциями, трудно поддается лечебному и педагогическому воздействию. Заканчивается обычно через 2—3 часа большой усталостью с последующим сном.

В психопатоподобных состояниях, являющихся выражением постпроцессуального шизофренического дефекта (или гебоидной формы шизофрении), имеется также некоторое сходство с органической психопатией. Для дифференциального диагноза важно учесть типичные для данного заболевания расстройства мышления и аффективной жизни. Даже при наличии некритичности к своему патологическому поведению больные шизофренией часто жалуются на «пустоту в голове», «наплывы мыслей», неспособность сосредоточиться. Многие из них отмечают у себя нарушение единства в мыслях и поступках. Агрессивные поступки этих больных протекают без аффективного напряжения, на фоне общей вялости, равнодушия. В их агрессивных актах в отношении к своим близким, ранее любимым людям, есть много перверзных влечений.

Мальчик 14 лет подходит к матери со словами: «мамочка, родная, изумительная», обнимает ее и тут же начинает душить, приговаривая: «вот сейчас еще немножко сожму и кончу все». Вывертывает ей больную руку, хохочет. На лице выражение любопытства и страха.

В то же время у них нет такого полного эмоционального оскудения, как при органической психопатии с распадом личности. Они более самолюбивы и чувствительны к обиде.

Для дифференциального диагноза органической психопатии с психопатоподобными состояниями процессуальной природы необходимо принимать во внимание и данные соматического состояния больного. Эти данные приобретают решающее значение при конгенитальном сифилисе мозга, который у детей часто протекает с картиной психопатоподобного поведения. В подобных случаях диагноз иногда устанавливается на основании неврологических данных и специфических для сифилиса изменений в крови и спинномозговой жидкости.

Дифференциальный диагноз органической психопатии приходится проводить и с текущими мозговыми заболеваниями, чаще всего с ревматическим энцефалитом или черепно-мозговой травмой.

Психопатоподобные состояния при ревматическом энцефалите распознаются на основании характерной для данной болезни триады психосенсорных, двигательных и эмоциональных нарушений, а также упорных расстройств сна. Диагностическое значение имеет и наличие признаков висцерального ревматизма.

Психопатоподобное состояние после черепно-мозговой травмы отличается от органической психопатии более резко выраженной истощаемостью при умственной и физической нагрузке, резким снижением памяти (словесной), наличием психосенсорных расстройств, более резкими колебаниями настроения. Неврологические симптомы, явления ликворной гипертензии, колебания сосудистого тонуса при черепно-мозговой травме выражены более отчетливо, чем при органической психопатии.

Органические психопатии эксплозивного типа, в клинической картине которых отмечаются резко выраженные аффективные взрывы, необходимо дифференцировать с вяло протекающими атипичными формами эпилепсии. В этих случаях решающее значение для диагностики имеет появление отдельных эпилептических пароксизмов. При органической психопатии не наблюдается характерной для эпилепсии вязкости аффекта и биполярности социальной установки. Мышление детей, страдающих органической психопатией, также отличается от мышления детей, больных эпилепсией: нет чрезмерной детализации, многословности, обстоятельности, свойственной последним.

В некоторых случаях даже при тщательном обследовании больного не удается провести дифференциальный диагноз органической психопатии от психопатоподобных состояний, если ограничиться данными психического состояния больного. Решающим для дифференциального диагноза в таком случае

является критерий динамики клинической картины. Для этих целей важно использовать анамнестические данные о том, когда обнаружились изменения в поведении больного, в какой хронологической связи с перенесенным мозговым заболеванием. Всякое резкое изменение поведения больного (после перенесенной болезни), острое возникновение психопатического поведения у до того здорового ребенка, говорит скорее в пользу психопатоподобного состояния процессуального характера, чем органической психопатии. Психопатия, в основе которой лежит аномалия развития нервной системы, возникает не сразу после перенесенного мозгового заболевания, а формируется в течение длительного времени. Необходимо также учесть и возраст ребенка в момент начала мозгового заболевания. Чем моложе ребенок, тем больше данных предполагать возможность аномалии развития тех систем, которые в начале заболевания находились еще в зачаточном состоянии.

Большая динамичность клинических проявлений (при отсутствии новых патогенных агентов), возникновение новых симптомов, которые нельзя расценить как реактивные образования, дают основание предполагать процессуальную природу патологического поведения и противоречат диагнозу органической психопатии.

В отдельных случаях целям дифференциальной диагностики может служить и динамика неврологической картины болезни. Однако при большинстве нервно-психических заболеваний, протекающих с картиной психопатического поведения, неврологические очаговые симптомы выражены нерезко.

Дифференциально-диагностическое значение имеют и особенности обратного развития клинических проявлений. При психопатоподобных состояниях процессуального характера дальнейшая динамика зависит от характера патологического процесса, его тяжести и степени прогредиентности. Обратное развитие симптомов органической психопатии сравнительно больше зависит от возрастного развития больного. С годами двигательное возбуждение и повышенная аффективность стихают. В тех случаях, когда нет грубых расстройств мышления, больные становятся более приспособленными к жизни и труду. Динамика клинических проявлений зависит от среды и условий воспитания ребенка. Роль социальной среды в формировании клинических проявлений при органической психопатии значительно больше, чем при психопатоподобных состояниях процессуального характера.

Дифференциальный диагноз становится более трудным в тех случаях, когда психопатоподобное состояние под влиянием инфекции или черепно-мозговой травмы развивается у детей, обнаруживавших и до мозгового заболевания те или другие признаки психопатического поведения. В подобных

случаях требуется решить, что̀ в клинической картине патологического поведения должно быть отнесено за счет нового мозгового заболевания, какое патогенетическое звено является ведущим на данном этапе (процессуальные явления или врожденная аномалия развития). От разрешения этого вопроса зависит выбор лечебных и лечебно-педагогических мероприятий.

Клиническим примером может служить следующее наблюдение.

Мальчик 11 лет. Родители жалуются на непослушание, отказ от занятий в школе. Наследственность без отклонений. Во время беременности им у матери выраженный токсикоз на VII месяце. Кроме того, мать, будучи беременной, ушиблась, были кровотечения, однако роды наступили в срок. Раннее развитие запоздалое, говорить начал только в возрасте 3 лет. С самого раннего детства был очень беспокойным, чрезмерно подвижным, суетливым, никого не слушался. Семейная и бытовая обстановка удовлетворительная. В 5-летнем возрасте упал с чердачной лестницы, ушиб голову, лежал в больнице 10 дней с диагнозом сотрясения мозга. После этой травмы головы стал еще более трудным в воспитательном отношении, ни одной минуты не бывает спокойным, все время вертится, куда-то лезет. Частые аффективные вспышки. Появилось ночное недержание мочи. В школе с 7 лет, интереса к учебе не проявлял, легко утомлялся. К концу настоящего учебного года стал еще хуже учиться. Был оставлен на второй год в 3-м классе. Осенью исключен из школы из-за плохого поведения — срывал дисциплину, грубил учителям.

Были аффективные вспышки, избивал детей. В семье никого не слушается, все время проводит на улице, возвращается поздно ночью, ночует на чердаках, ворует у матери деньги, тратит их на сладости. Был направлен в клинику.

Педагогическая характеристика из школы: во время занятий мешает работать всему классу, разговаривает, кричит, ходит по классу. На замечания учителя отвечает грубостями. Крадет вещи у товарищей и учителей. В своих поступках не сознавался. Был случай, когда он выбросил с 4-го этажа все чернильницы из класса.

По физическому развитию отстает от своего возраста. Со стороны внутренних органов изменений нет. Со стороны нервной системы: зрачки неравномерны, световая реакция вяловата, неустойчивая конвергенция, нистагмоидные толчки при крайних отведениях глазных яблок. Коленные рефлексы повышены, неравномерны (слева выше). Лабораторные данные (кровь, моча) без отклонений от нормы. При спинномозговой пункции обнаружено повышение внутричерепного давления. Состав спинномозговой жидкости без отклонеиий.

При поступлении хорошо ориентируется в окружающем, отрицает свое неправильное поведение дома. Жалоб никаких ие высказывает, ио при соответствующих вопросах выясняется, что у мальчика наблюдаются головные боли с тошнотой и головокружением, усиливающиеся при беге и нагибании, сенсорные иарушения (двоение мелких предметов, мелькаиие цветных кругов). Чтение затруднено из-за того, что строчки сливаются. Несколько эйфоричен. Держится свободно, нет чувства дистанции. Двигательно расторможен. Неуживчив с детьми, постоянно ссорится, исподтишка задевает, бьет маленьких, плюет на них. Чтобы привлечь внимание детей, исцарапал себе ногтями грудь.

Интеллект в пределах нормы, но мальчик совершенно неспособен работать, бросает начатое через 5—10 минут. К концу пребывания в клинике после проведенного лечения окреп физически, стал спокойнее, меньше ссорится с детьми. Однако по-прежнему неохотно занимается в классе и плохо успевает.

В данном случае неполноценность ребенка обнаружилась уже в раннем детстве и проявлялась в задержке развития речи и в повышенной двигательной и эмоциональной возбудимости. Можно предполагать, что патогенетической основой этой неполноценности является аномалия развития нервной системы в связи с токсикозом и ушибом матери во время беременности. Однако в клинической картине болезненного состояния в данный момент есть ряд новых симптомов, которые не могут быть объяснены только врожденной аномалией развития нервной системы. Эти симптомы появились после черепно-мозговой травмы и должны быть расценены как проявления именно этого страдания. К ним относятся сенсорные расстройства (двоение предметов, мелькание цветных кругов), головные боли с тошнотой и головокружениями, возникшие в последние годы. Усилилось двигательное беспокойство, появилась драчливость, стремление исподтишка задевать ребят. Наряду с повышенной подвижностью отмечается несколько повышенное настроение с эйфорической окраской. Интеллектуальная деятельность мальчика сильно нарушена, несмотря на сохранный интеллект.

Другими словами, в клинической картине болезненного состояния на данном этапе ведущим является дефект в связи с перенесенной травмой головы. Поэтому основное внимание следует уделять медикаментозной терапии: необходимо применять дегидратационные средства (внутримышечные инъекции сернокислой магнезии). Показано последующее лечение сном. Дозировка часов занятий и отдыха, построение урока, его содержание — все это требует тщательного врачебного контроля.

Важным для детской клиники является также вопрос разграничения случаев органической психопатии со сниженным интеллектом и олигофрении с психопатическим поведением. Считаем более целесообразным рассмотреть этот вопрос в книге об олигофрении.

Лекция 23

К СУЖЕНИЮ ПОНЯТИЯ ПСИХОПАТИЙ

Клиника врожденной нервности

Проблема отграничения психопатии от других сходных болезненных состояний является в детской клинике еще значительно более актуальной, чем в общей психиатрии. Клинические проявления патологического поведения, так называемые психопатоподобные состояния, в детской клинике относятся к числу «преимущественных» синдромов, наблюдающихся при разнообразных заболеваниях.

Четкое определение понятия психопатии является одним из важных условий для уточнения критериев распознавания психопатий и тем самым сужения границ этой болезненной формы (см. лекцию 13). Так, если твердо помнить о том, что психопатия представляет собой своеобразную врожденную или рано приобретенную аномалию развития нервной системы, то сразу становится ясным, что из этой группы должны быть изъяты все те формы патологического поведения, которые являются выражением развивающегося болезненного процесса. Существующая тенденция расширения диагностики психопатии за счет легко протекающих форм психозов глубоко неправильна. Психоз — болезненный процесс, а психопатия — относительно стационарное патологическое состояние; динамика клинических проявлений здесь определяется другими закономерностями, чем при процессуальных формах.

Для сужения границ психопатии очень важно также учесть, что к психопатиям относятся только те формы патологического поведения, которые возникают на фоне недостаточности нервной системы (врожденной или рано приобретенной). Поэтому из группы психопатий выключаются все формы патологического поведения, обусловленные главным образом неблагоприятными влияниями социальной среды, неправильным воспитанием и длительно травмирующей ситуацией.

Если учесть, что к психопатиям относятся только тяжелые аномалии развития нервной системы, то становится понятной необходимость исключить из группы психопатий более легкие формы аномалии развития, где нет характерной для психопатии тяжелой дисгармонии психических свойств и резко нарушенной приспособляемости к социальной среде.

К этим более легким аномалиям развития относятся следующие.

1. Различные проявления общего инфантилизма, характеризующиеся не соответствующей данному возрасту, но более или менее гармоничной детскостью психики, связанные с замедлением темпа развития, с временной задержкой развития нервной системы. Эти формы отличаются от психопатий, так как в их клинической картине отсутствует характерная для психопатической личности резко выраженная дисгармония психических свойств (см. лекцию 17). Только те особые, более тяжелые формы инфантилизма, при которых очень рано проявляется дисгармония психических свойств, служат патогенетической основой психопатии («дисгармонический инфантилизм»).

2. Та форма аномалии развития нервной системы, которая носит название врожденной нервности (невропатии).

Из всех перечисленных клинических форм в настоящей лекции остановимся только на последней — врожденной нервности.

Вопрос о самостоятельности врожденной нервности и необходимости ее отграничения от психопатии не является еще решенным в общей психиатрии. Одни психиатры рассматривают врожденную нервность как одну из форм психопатий (астенические психопатии), другие — подчеркивают своеобразие ее клинической картины, ее особый патогенез с преобладанием вегетативно-соматических нарушений и считают более целесообразным выделить ее из группы психопатий [Рейхардт (Reichardt)]. В руководстве по общей психиатрии Крепелина врожденная нервность описывается не в главе о психопатиях, а в разделе особых «оригинарных», врожденных болезненных состояний. Майер-Гросс, пользуясь определением психопатии К. Шнейдера, предлагает относить к нервным те аномальные личности, которые сами страдают от своей недостаточности, а к психопатическим — те, от которых страдает и общество (о неудовлетворительности такого критерия деления было сказано в лекции 13).

Более определенной точки зрения по данному вопросу придерживаются психиатры, курирующие детей. Они утверждают, что врожденная нервность не только по клинической картине, но и по патогенетической основе глубоко отличается от психопатии.

Мы также считаем, что существующее смешение понятий, приводящее к чрезмерному расширению границ психопатии, вредно отражается на повседневной клинической работе. Отграничение врожденной нервности от психопатии необходимо и с целью более правильной организации лечебных и лечебно-педагогических мероприятий.

Само название «врожденная нервность» не является общепринятым. Для обозначения этой группы употребляются и

другие термины: «конституциональная нервность», «невропатия», «нервозность» и др. Несмотря на различные названия этой клинической формы, сущность ее одинаково понимается разными авторами. Все они согласны с тем, что врожденная нервность не является болезнью в настоящем смысле слова. Это лишь почва, предрасполагающая к возникновению различных невротических форм. Моносимптоматические формы неврозов у детей чаще всего возникают на основе врожденной нервности (см. лекции 8 и 9).

Истоки развития понятия «врожденная нервность» следует искать не в психиатрии и невропатологии, а в клинике внутренних болезней и прежде всего в педиатрической. Проявления врожденной нервности в своей наиболее отчетливой форме чаще всего наблюдаются педиатрами. Большинство крупных клиницистов-педиатров, как отечественных, так и зарубежных, уделяло много внимания клинике и терапии врожденной нервности у ребенка. Клиника врожденной нервности у детей младенческого возраста была описана главным образом педиатрами. Ими был установлен ряд клинических и лабораторных фактов, имеющих большое значение для понимания патогенетической сущности этой формы.

Часть педиатров рассматривала проявления детской нервности как своеобразный диатез. Французские педиатры выделили специальную форму нервно-артритического диатеза. М. С. Маслов под названием нервно-артритической аномалии конституции также описывает ряд проявлений врожденной нервности. Автор указывает, что при этих формах имеется извращение обмена веществ, главным образом пуринового, и нарушение функции эндокринных желез. Видеманн (Wiedemann) считает основным расстройством при врожденной нервности вегетативную дистонию, причину которой он видит в недостаточной регуляции вегетативных центров гипоталамической области.

Патогенетическая основа врожденной нервности изучалась и в психоневрологических учреждениях. Большинство авторов считает, что кардинальным в патогенезе нервности (врожденной или рано приобретенной) является нарушение функций вегетативной нервной системы и связанное с этим изменение ее порога раздражимости в отношении различных раздражителей (чаще речь идет о понижении порога возбудимости).

Для объяснения патогенетической основы врожденной или рано приобретенной нервности большое значение имеют физиологические исследования отечественных ученых о роли парасимпатической и симпатической систем в регуляции функций внутренних органов и об их адаптационно-трофическом влиянии на процессы корковой деятельности.

В диссертации о центробежных нервах сердца И. П. Павлов рассматривал влияние вегетативной нервной системы (функцию блуждающего и симпатического нервов) как трофическое воздействие на орган. Говоря о трофическом влиянии, он подчеркивал возможность восстановления баланса обменных процессов. Изучение трофических влияний вегетативной нервной системы продолжалось в исследованиях Л. А. Орбели. Центральное место занимает вопрос об адаптационно-трофической функции симпатической нервной системы. Для клиники нервно-психических заболеваний особое значение приобретают те исследования Л. А. Орбели и его учеников, которые доказывают влияние симпатической нервной системы (во всех ее отделах, начиная с центральных подбугровых образований и кончая периферическими ветвями) на функциональное состояние коры головного мозга.

Э. А. Асратяну удалось показать, что в результате экстирпации шейных симпатических узлов у собаки наступает изменение высшей нервной деятельности, выражающееся в нарушении баланса возбудительного и тормозного процессов (понижение возбудительного процесса и перевес тормозного). Эти нарушения высшей нервной деятельности оказались относительно стойкими, держались от нескольких месяцев до года и больше. В. С. Дерябин установил изменение условнорефлекторной деятельности у собак при разрушении подбугровой области. Это повреждение сопровождалось длительным многомесячным выпадением условнорефлекторной деятельности, безусловные рефлексы были снижены. Однако в результате введения кофеина условнорефлекторная деятельность восстанавливалась на некоторое время (1—2 дня).

На основании экспериментальных исследований (как собственных, так и своих учеников) Л. А. Орбели выдвинул гипотезу о двух способах воздействия симпатической нервной системы на центральную нервную систему. Во-первых, прямое, непосредственное влияние симпатической нервной системы на возбудимые органы, во-вторых, посредственное, через эндокринные железы. Он полагает, что «...симпатическая система является нервным аппаратом, который управляет органами внутренней секреции и обусловливает во многих случаях усиление или ослабление выхода различных гормонов в кровяной ток». Нарушение гормональной деятельности в свою очередь оказывает большое влияние на высшую нервную деятельность. Особенно резко изменяют процессы корковой деятельности гормоны надпочечника, мозгового придатка (его задней доли), щитовидной и околощитовидной желез. В работе Д. М. Гзгзяна устанавливается, что при удалении свыше двух третей надпочечника меняется тип нервной деятельности животного. Нервная система, которая до операции могла быть охарактеризована как сильная (или во всяком случае средней силы), после экстирпации значительной части надпочечников характеризуется как слабая. В условиях эксперимента создается «адинамичная», «астеническая» нервная деятельность, которая так характерна для лиц с явлениями врожденной нервности.

Для разрешения вопроса, каким путем происходит активизирующее, генерализованное влияние подкорковых образований на функциональное состояние коры и поддержание ее тонуса, большое значение приобретают и новейшие исследования о функциях ретикулярной субстанции стволовой части мозга (см. Введение).

П. К. Анохин указывает, что усиливающее и активизирующее действие со стороны «эмоционального» подкоркового аппарата является обязательным условием для развития неврозов при встрече и конфликте двух возбуждений. Он подчеркивает также, что «... большинство экспериментов в области таламуса, именно ретикулярной субстанции таламуса и стволовой ретикулярной субстанции, убеждают в том, что эта субстанция чрезвычайно инертна в своей возбудимости. Достаточно ее некоторое время возбуждать электрическим током, как кора головного мозга оказывается на длительные сроки в таком электрически возмущенном состоянии, т. е. в состоянии повышенной возбудимости и некоторой дезорганизации».

Понятно, что все эти экспериментальные данные, доказывающие активизирующее действие подкорковых импульсов на корковую деятельность, имеют большое значение для понимания патогенетических механизмов не только невротических состояний, но и той аномалии развития, которая предрасполагает к их возникновению, т. е. врожденной нервности.

В исследованиях Л. А. Орбели и его учеников было показано, что и паралич симпатической нервной системы, и ее чрезмерное возбуждение могут привести к тому, что наступят сильные сдвиги в функциональных состояниях больших полушарий. Это может выразиться в том, что снизится предел работоспособности нервных элементов, изменится их реактивность в отношении внешних воздействий. Те раздражители, которые для нормальной центральной нервной системы не являются патогенными, в этих условиях могут оказаться патогенными.

Своеобразием патогенетической основы определяется и **клиническая картина** врожденной нервности. Ряд авторов (Н. И. Красногорский, М. И. Иогихес, Н. И. Озерецкий, Е. А. Осипова, Т. П. Симсон и др.) устанавливает, что характерные признаки врожденной нервности наблюдаются уже у детей в грудном возрасте. В дальнейшем эти расстройства принимают различные формы выражения в зависимости от возрастной фазы развития: чем моложе ребенок, тем большее место в клинической картине врожденной нервности занимают вегетативно-соматические расстройства. У детей старшего возраста более резко выражены отклонения со стороны психики, проявляющиеся в синдроме раздражительной слабости.

В грудном и ясельном возрасте признаки детской нервности проявляются главным образом в расстройствах сна и нарушениях со стороны желудочно-кишечного тракта. Отмечается замедленное засыпание, иногда очень раннее пробуждение. Ребенок долго не может уснуть, бывает капризным, двигательно беспокойным, отказывается лежать в кроватке, требует, чтобы его взяли на руки, забавляли. Сон этих детей характеризуется чрезмерной чуткостью, ребенок просыпается при малейшем шуме, часто вздрагивает во сне в ответ на зрительные, слуховые или тактильные раздражители. Наблюдается большая тревожность во сне, ребенок проявляет двигательное беспокойство, совершает ряд движений, иногда ритмические покачивания, вскрикивает во сне. Для более старших детей характерны и кошмарные сновидения. Расстройства сна могут достигнуть и степени полной бессонницы; ребенок не спит всю ночь, беспрерывно кричит, плачет, требует внимания со стороны взрослых. Реже отмечается так называемая спокойная бессонница: ребенок лежит спокойно всю ночь с открытыми глазами. У некоторых детей наблюдается и чрезмерно глубокий сон.

Функциональные расстройства со стороны желудочно-кишечного аппарата обнаруживаются уже в первые месяцы жизни. У детей наблюдаются срыгивание, рвота, расстройства деятельности кишечника в форме поносов и запоров. Поносы часто зависят от повышенной возбудимости кишечной стенки (под влиянием ничтожных раздражителей усиливается перистальтика). У других детей перистальтика настолько вялая, что ребенок страдает непрекращающимися запорами.

В более старшем возрасте (дошкольном) отмечается нарушение аппетита, вплоть до полной анорексии. Наряду с нарушением аппетита обычно наблюдается и замедленное жевание. Дети с трудом пережевывают пищу; самый акт еды представляется для них трудным. Часто отмечается избирательность в еде. Дети едят только жидкую пищу и отказываются от твердой. У некоторых детей наблюдается боязнь новых блюд, у других — стремление поглощать несъедобные вещи (известь, уголь, мел, глину).

У детей старшего возраста чаще встречаются функциональные сосудистые расстройства. У некоторых детей, «вазоневротиков», функциональные сосудистые нарушения являются ведущим синдромом в клинической картине. Обычно это бледные дети с очень быстрыми колебаниями сосудистого тонуса. Резкая бледность сменяется живой окраской покровов; любая причина, даже небольшая, вызывает побледнение или покраснение. При возбуждении и волнении отмечается покраснение пятнами. Лабильность вазомоторного аппарата находит свое выражение также в наклонности к обморочным состояниям, которые возникают под влиянием разнообразных и часто незначительных причин (неприятные переживания, плохой запах, духота, холод, жара, вид крови). Головные боли и головокружение, нередко отмечающиеся у этих детей, также связаны и с лабильностью вазомоторного аппарата.

Характерные признаки можно отметить и в двигательной сфере. Наблюдается двигательное беспокойство, суетливость, наклонность к лишним движениям, гиперкинезам, тикам. Двигательное беспокойство иногда сочетается с замедленностью движений. Нередко у этих детей наблюдается ночное недержание мочи.

Расстройство речи в виде заикания также относится к числу частых симптомов детской нервности. В ответ на трудную для ребенка жизненную ситуацию возникает и кратковременный мутизм. Отмечается также повышенная сексуальность. У детей раннего возраста имеет место мастурбация: приступообразно, по нескольку раз в течение дня и ночи, ребенок трет ножкой о ножку, обливается пóтом, краснеет.

Приспособляемость к метеорологическим условиям у этих детей значительно снижена. При перемене этих условий (изменение барометрического давления, влажность воздуха, силь-

ные ветры) отмечается расстройство сна, головные боли. Наблюдается повышенная чувствительность вестибулярного аппарата: недостаточное приспособление к переменам положения тела в пространстве, невыносливость к различным видам транспорта; из-за головокружения дети не могут качаться на качелях.

Некоторые особенности можно отметить и в неврологическом статусе этих детей. Сухожильные рефлексы (коленные) у них нередко бывают чрезмерно оживлены, реже подавлены, иногда наблюдается очень замедленная дорсальная флексия большого пальца. Байер (Bayer) назвал этот признак «псевдобабинским». Часто отмечается повышенная чувствительность при дотрагивании, иногда имеются особые болевые точки. При обследовании зрачковых реакций нередко обнаруживается расширение зрачков, неравномерность их реакции на свет. Иногда отмечается своеобразное беспокойство зрачков— «прыгающий мидриаз».

Исследование вегетативной нервной системы обнаруживает неустойчивость отдельных реакций, указывающую на вегетативную дистонию: резкие колебания пульса при изменении положения тела, дыхательная аритмия, неустойчивость артериального давления. При пробах на вазомоторную возбудимость устанавливается быстрая игра вазомоторов, резкое и длительно держащееся покраснение кожных покровов, вплоть до возникновения крапивницы.

Биохимическим обследованием иногда обнаруживается наклонность к глюкозурии, большая лабильность содержания сахара в крови, фосфатурия, оксалурия.

Наряду с описанными выше вегетативно-соматическими расстройствами у этих детей очень рано отмечаются характерные отклонения со стороны психики. Они проявляются главным образом в синдроме раздражительной слабости, повышенной впечатлительности, легкой возбудимости и быстрой истощаемости.

В зависимости от того, какой из двух полюсов синдрома раздражительной слабости преобладает — повышенная возбудимость или повышенная истощаемость, отмечаются два различных клинических варианта детской нервности. В тех случаях, когда преобладают явления истощаемости, неспособность к усилию, невыносливость к некоторым раздражителям, поведение детей характеризуется робостью, застенчивостью. Быстрая истощаемость тормозит их возможность приспособиться к меняющимся жизненным условиям и нередко приводит их к состоянию пассивности. Легкая ранимость заставляет этих детей оберегать себя от столкновения с действительностью, поэтому они иногда держатся в стороне от коллектива. Неуверенность в себе, боязнь оказаться несостоятельным часто являются причиной депрессивной окраски

настроения. Однако при более близком знакомстве с этими детьми обнаруживается, что они жизнерадостны и общительны, их малая доступность отнюдь не связана с аутистическими тенденциями. Они ищут контакта, легко привязываются к людям, стараются найти в них опору.

В тех случаях, когда в клинической картине преобладает полюс повышенной раздражительности, дети двигательно беспокойны, при всяком недовольстве окружающим они могут быть грубыми, непослушными. На уроках они непоседливы, внимание легко отвлекается, неустойчиво. Дети также быстро утомляются, в связи с чем работоспособность их снижена. Настроение характеризуется большой лабильностью. Спокойное настроение под влиянием незначительных причин, иногда и без видимых внешних поводов, легко сменяется раздражительностью. В эти периоды дети более вспыльчивы и гневливы. В дошкольном и младшем школьном возрасте отмечается двигательное беспокойство, суетливость. С годами эта чрезмерная подвижность сглаживается. При повышенной раздражительности всякий аффект нестоек, легко спадает, аффективная вспышка всегда кончается стадией истощения. По существу это эмотивные, доброжелательные дети и подростки. Даже в их гневных вспышках нет настоящей злобы; после проявления грубости они раскаиваются. Контакту с другими детьми им мешает лишь повышенная раздражительность.

Школьная успеваемость этих детей в большинстве случаев не страдает. Отставание отмечается лишь у небольшой части детей, очень не уверенных в себе, легко волнующихся при вызове педагога, неспособных к длительному напряжению в связи с повышенной утомляемостью или легкой отвлекаемостью.

Снижение успеваемости при достаточном интеллекте часто зависит от неравномерной интеллектуальной деятельности этих детей. В педагогической характеристике нередко встречаются такие замечания: «Учится неравномерно, иногда бывает очень сообразительным, а в другой раз туго соображает». Некоторая неравномерность наблюдается и в отношении успеваемости по отдельным предметам. Они хуже успевают по тем предметам, где требуется длительное напряжение логической деятельности (математика). Там, где для усвоения предмета требуется участие эмоционального компонента, они успевают лучше других. Среди детей с признаками нервности относительно часто встречаются одаренные в художественном отношении.

Клиническая картина врожденной нервности типична не только в своей статике, но и в динамике. Наиболее характерным для этих детей является повышенная реактивность в отношении различных раздражителей, главным образом отрицательного характера. Поэтому на фоне врожденной нервности нередко возникают новые симптомы реактивного невроти-

ческого характера. Подверженность патологическим реакциям возрастает в переходные возрастные периоды.

Клинические проявления патологических реакций, наблюдающихся при врожденной нервности, также характеризуются относительной типичностью. В большинстве случаев речь идет о вегетативно-соматических или двигательных расстройствах. Что касается формы невротической реакции, то она в значительной степени зависит и от возрастной фазы развития ребенка. В ясельном периоде невротические проявления более однообразны. Преобладают нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (нервная диспепсия, анорексия), двигательное беспокойство или заторможенность, расстройство сна. У детей, отличающихся повышенной впечатлительностью и пугливостью, часто возникают страхи. Дети боятся темноты, одиночества, не отпускают от себя взрослых. У некоторых наблюдаются особые страхи перед мелкими животными, насекомыми. Нередко страх имеет тенденцию к патологической фиксации по механизмам условнорефлекторной связи.

В дошкольном периоде формы патологических реакций уже более разнообразны; к описанным выше синдромам прибавляются расстройства речи, мутизм, заикание, энурез. В конце дошкольного периода и в начале школьного нередко наблюдаются тики.

На изменившуюся жизненную ситуацию, связанную с поступлением в школу, ребенок с признаками врожденной нервности иногда дает неадекватную реакцию в форме привычной рвоты, энуреза, бессонницы, сопровождающихся немотивированными страхами. По мере приближения к пубертатному периоду эти вторичные невротические реакции становятся более сложными и разнообразными. Под влиянием трудной ситуации в школе у этих детей усиливается неуверенность в себе, нерешительность, возникает боязнь не справиться со школьными заданиями, страх устного ответа. Постоянное волнение снижает продуктивность ребенка в школьных занятиях, а сниженная успеваемость и плохие отметки тяжело переживаются им. Повышенная ранимость заставляет ребенка отгораживаться от коллектива, что в свою очередь приводит к возникновению различных невротических образований.

В пубертатном периоде нередко возникают ипохондрические состояния, страх за свою жизнь и здоровье, жалобы на сердечно-сосудистую недостаточность или неполадки со стороны желудочно-кишечного тракта.

Следующая история болезни может служить примером динамики клинической картины врожденной (или рано приобретенной) нервности ребенка, постепенного ее усложнения новыми реактивно-невротическими образованиями, возникшими под влиянием психогенных факторов.

Девушка 16 лет. Матери 45 лет, считает себя нервной, несколько мнительной; отец — уравновешенный человек. Патологическое отягощение в семье отрицается. Живет в хороших условиях, окружена чрезмерной заботой и вниманием.

У матери за несколько часов до родов началось обильное маточное кровотечение. Роды за месяц до срока; вес девочки при рождении 2,4 кг, родилась без ногтей, 2 дня плохо брала грудь, 2 недели держали в грелках. Раннее развитие своевременное. На втором году жизни перенесла бронхоаденит с температурой до 39°, в 2 года — диспепсию, в 9 лет — корь и коклюш. В школьном возрасте отмечались частые ангины с высокой температурой. Девочка росла впечатлительной, пугливой. Менструации с 15 лет, нерегулярные, с задержками в 2—3 месяца. В возрасте 2½ лет после сильного испуга не могла говорить в течение дня, в дальнейшем выявилось резкое заикание. В дошкольном возрасте боялась ветра (после услышанного рассказа о том, что сильный ветер уносит маленьких детей). В школу поступила 7½ лет. Плохо приспосабливалась к новой обстановке. Волновалась, когда вызывали к доске отвечать урок. При волнении склонность к рвоте. Окончила 10 классов, хорошо успевала, но тратила очень много времени на приготовление уроков. Была травмирована тем, что в связи с заиканием не может выступать на собраниях, вести общественную работу.

В 15-летнем возрасте, после того как обследовавший врач в ее присутствии сказал, что у нее небольшая тахикардия, у девочки появился страх за свое здоровье. С этого времени ежедневные приступы сердебиения, «колет и сжимает сердце», «затрудненное дыхание», общая дрожь. Перестала выходить на улицу, боялась, что будет обморок, находилась в состоянии постоянной тревоги. Была помещена в нашу клинику.

Физическое состояние: питание удовлетворительное. Щитовидная железа несколько увеличена, хорошо прощупывается, эластична. Сердце — границы в норме, тоны несколько приглушены, пульс 88 ударов в минуту.

Неврологически: экзофтальм, легкое расходящееся косоглазие, зрачковые реакции живые, сухожильные рефлексы высокие. Стойкий красный дермографизм. Потливость, тремор век, пальцев вытянутых рук, повышенная механическая возбудимость мышц. Заикание. Глазное дно в норме. Реакция Вассермана отрицательная.

Психическое состояние: охотно вступает в контакт, подробно рассказывает о своем болезненном состоянии, большая установка на лечение. Быстро освоилась в отделении. Первые 3 дня была спокойна, не высказывала никаких жалоб. В дальнейшем угнетенный вид, ипохондрична, тревожна, плаксива. Жалуется на неприятные ощущения в сердце, «волнение внутри», «все дрожит», «слабость в сердце», плохой сон. Признается: «Я так привыкла к плохому настроению, что даже когда у меня хорошее настроение, я не чувствую его». Обидчива, застревает на неприятных переживаниях, сосредоточена на своих ощущениях.

После месячного пребывания в клинике более спокойна, все реже жалуется на неприятные ощущения. Общительна, всегда в кругу друзей, но очень впечатлительна, легко ранима. В отделении ведет себя правильно, помогает персоналу в уходе за другими больными, проявляет интерес к занятиям, принимает участие в детском празднике. По-прежнему легко волнуется, когда к ней обращается кто-нибудь из незнакомых ей врачей, но к своему лечащему врачу очень привязана. Тяготится пребыванием в клинике, очень скучает по матери. Была выписана из клиники в хорошем состоянии.

Катамнез через год: девушка поступила в планово-экономический техникум, хорошо учится, приступы сердечных болей больше не повторяются.

В приведенном примере речь идет о девушке, у которой проявлялись признаки нервности с самого раннего детства. В возникновении нервности в данном случае играл роль ряд факторов: патология внутриутробного периода, недоношен-

ность, инфекции в раннем детстве. Нельзя исключить и роль наследственного фактора (мать нервная, тревожная женщина) и значение неправильного воспитания (чрезмерная опека и преувеличенные заботы о здоровье девочки).

Интерес данной истории болезни в том, что здесь отчетливо видно, как постепенно меняются клинические проявления в связи с тем, что на фоне врожденной нервности под влиянием психогенных факторов возникает ряд патологических реакций. Клинические проявления патологической реакции различны. В $2^1/_2$ года под влиянием испуга имеет место мутизм в течение дня, а затем резкое заикание; в дошкольном возрасте возникают страхи (боится ветра); при поступлении в школу появляется наклонность к рвоте при волнении. В 15-летнем возрасте под влиянием неосторожного замечания врача по поводу ее сердца возникает уже более выраженная форма невроза: приступы сердечно-сосудистых расстройств, сопровождающихся страхом за свою жизнь. В патогенезе этой формы невроза большое значение приобретают и характерные для пубертатного периода возрастные особенности (так называемое юношеское сердце и явления базедовизма; см. лекцию 12).

Клиническая картина последней невротической реакции, протекавшей в форме невроза страха за свое здоровье с тенденцией ипохондрической фиксации на своих болезненных ощущениях, является более сложной, чем предыдущие. Вследствие этого может возникнуть подозрение на начало шизофрении с ипохондрическим синдромом. Однако данных в пользу такого предположения нет. Против шизофрении в этом случае говорит психическая живость, яркая эмоциональность у девочки, достаточная направленность ее интересов на реальное. Несмотря на тревожность, мнительность и чрезмерную фиксацию на вопросах своего здоровья, она не теряет интереса к окружающему. Вне приступов страха она живо всем интересуется. Работоспособность ее также не нарушена. Против шизофрении говорит и течение болезни. Под влиянием перемены обстановки страх за здоровье относительно быстро исчез. Катамнестические данные свидетельствуют о хорошем состоянии девушки в настоящее время.

В тех случаях, когда клиническая картина не осложняется тяжелыми патологическими реакциями, течение и прогноз врожденной нервности обычно благоприятны. С возрастом, по мере функционального совершенствования высших отделов нервной системы, регуляция вегетативных функций делается более устойчивой, клинические проявления детской нервности постепенно сглаживаются. При этом разные проявления детской нервности имеют различную динамику. Двигательное беспокойство к концу дошкольного периода обычно стихает. Уменьшается и повышенная возбудимость, сглажи-

ваются вегетативно-соматические расстройства. Неустойчивость настроения обычно выравнивается после пубертатного периода. У некоторых больных длительно остается повышенная впечатлительность и недостаточная выносливость в отношении различных жизненных трудностей, наклонность к аллергическим реакциям.

Течение двух клинических вариантов детской нервности — астенического и возбудимого — неодинаковое. Астенические дети при поступлении в новую обстановку вначале трудно к ней привыкают. В санатории освоение новой ситуации для этих робких, не уверенных в себе детей очень затруднено, они тяжело переживают переход из одной группы в другую, смену педагогов. Но обычно к концу пребывания дети успокаиваются, становятся более бодрыми, самостоятельными. При более длительном лечении они становятся увереннее в себе, жизнерадостнее и работоспособнее.

Возбудимые дети требуют более длительной оздоровляющей работы в отношении как коррекции их поведения, так и укрепления их соматического состояния. Эти дети менее работоспособны в силу своей неусидчивости и неустойчивости интересов, повышенной возбудимости и взрывчатости. Они чаще вступают в конфликты с окружающими детьми и педагогами. Коррекция психических особенностей этих детей требует большей индивидуализации и длительной лечебно-педагогической работы. В конце концов большинство детей и подростков, страдающих детской нервностью (как астенические, так и возбудимые), становится социально полезными и приспособленными к жизни людьми. Однако в каждом случае возможно ухудшенис в связи с характерной для этих детей сниженной приспособляемостью.

Распознавание врожденной нервности при типичности ее клинических проявлений обычно не представляет больших затруднений. Подозрение о врожденной нервности может возникнуть в тех случаях, когда уже в младенческом возрасте появляются признаки повышенной впечатлительности ребенка, функциональные расстройства желудочно-кишечного аппарата, нарушения сна и др.

Диагноз становится более достоверным в последующие возрастные периоды (дошкольный и школьный), когда клиническая картина усложняется появлением новых симптомов со стороны психики (повышенная эмотивность, наклонность к страхам, неустойчивость настроения, двигательное беспокойство и др.). Однако ведущими остаются признаки вегетативно-соматической недостаточности (расстройство сна, анорексия, привычная рвота, функциональные сердечно-сосудистые расстройства, энурез, заикание и др.).

Во многих случаях, особенно при отсутствии анамнестических данных о развитии клинической картины, дифферен-

циальный диагноз врожденной нервности с различными формами приобретенных астенических состояний может представить большие трудности. Эти затруднения вполне понятны, если учесть следующее: 1) в клинической картине любого астенического состояния всегда более или менее резко выражен тот же синдром раздражительной слабости, который является кардинальным признаком врожденной нервности; 2) астенические состояния встречаются сравнительно часто при самых разнообразных болезненных формах соматогенного и психогенного характера. Поэтому для отграничения врожденной нервности от других болезненных состояний, сходных по клинической картине, необходимо обратить внимание не только на основные синдромы клинической картины, но и на отдельные детали, в которых отражается этиологическая природа астении.

Так, в картине астенических состояний после тяжелых инфекций и травм головы чаще отмечается следующее: а) сенсорные нарушения — расстройство восприятий величины и формы предметов, их пространственных отношений; б) умственная работоспособность этих детей более резко нарушена, резче выражены явления истощаемости, при последствиях черепно-мозговой травмы часты расстройства памяти; в) наряду с раздражительной слабостью у этих детей нередко наблюдаются явления апатии и адинамии; в то же время вспышки раздражительности и гнева у этих больных носят более резко выраженный характер; г) расстройства настроения более очерчены, протекают по типу дистимических или дисфорических состояний.

В то же время при врожденной нервности отмечается ряд особенностей, отсутствующих при астенических состояниях инфекционного или травматического характера, а именно: 1) большая живость и дифференцированность эмоций, тогда как для астенических состояний инфекционного и травматического характера более характерна монотонность эмоциональной жизни, иногда наличие элементов слабодушия; 2) работоспособность при врожденной нервности менее резко нарушена и быстрее восстанавливается под влиянием эмоциональных факторов (при интересной работе).

Для дифференциального диагноза важно учесть, что в зависимости от нозологической природы заболевания меняется характер сочетания отдельных признаков в картине астенического состояния. Так, для ревматической астении характерно своеобразное сочетание психосенсорных, двигательных и эмоциональных расстройств; в картине астенических состояний после вирусного гриппа расстройства настроения носят обычно характер дистимии с депрессивным оттенком, более резко выражены расстройства сна (бессонница или сонливость). В картине посттравматической астении резко выступает

эксплозивная раздражительность и наклонность к аффективным взрывам (см. «Клинические лекции», т. I).

Диагностическое значение имеют также неврологические данные: наличие симптомов органического поражения нервной системы, особый характер головных болей, явления гидроцефалии и ликворной гипертензии.

Расстройства со стороны вегетативной нервной системы наблюдаются как при врожденной нервности, так и при приобретенных астенических состояниях. Однако, как показали обследования вегетативной нервной системы, проведенные в нашей клинике В. Я. Деяновым, в картине приобретенных астенических состояний вегетативно-сосудистые расстройства выражены более резко, иногда асимметричны, чаще наблюдается болевой синдром в виде патологических телесных ощущений; часто на одной стороне тела отмечаются болевые точки.

Наибольшие затруднения возникают при отграничении врожденной нервности от приобретенных астенических состояний психогенной природы, возникших в связи с острой психической травмой (шокового характера) или под влиянием длительного эмоционального перенапряжения, связанного с трудной жизненной ситуацией или перегрузкой в школе (неврастения). Для дифференциального диагноза имеет значение тот факт, что в симптоматике психогенных форм нередко можно установить какую-то связь с содержанием психической травмы. Во многих случаях дифференциальный диагноз может быть поставлен только при наличии анамнестических данных, указывающих на время появления синдрома раздражительной слабости. Для диагноза имеет значение и быстрота обратного развития болезненных проявлений,— при психогенных формах требуется иногда только перемена обстановки.

Дифференциально-диагностические трудности усугубляются еще и тем, что психогенные и соматогенные астенические состояния особенно легко возникают на фоне врожденной нервности, так как характерная для врожденной нервности недостаточность регуляции функций вегетативной нервной системы предрасполагает к их возникновению. Следовательно, так называемые чистые в отношении этиологии случаи встречаются редко, чаще речь идет о сочетании врожденной нервности с приобретенной астенией. В таких случаях важно установить на основании особенностей клинической картины, какой из этих двух факторов является ведущим на данном этапе.

При распознавании врожденной нервности очень важно провести дифференциальный диагноз с психопатией. Основным критерием для разграничения врожденной нервности от психопатии является тот факт, что плохая приспо-

собляемость к среде при этих формах проявляется главным образом в вегетативно-соматических реакциях, а не в патологическом поведении, как при психопатии. Эти дети обычно целенаправленны в своем поведении. Несмотря на повышенную утомляемость и легкую возбудимость, большинство детей не представляет трудностей в воспитании. В связи с повышенной ранимостью и робостью они труднее вступают в контакт с детьми, но они ищут этого контакта, их эмоции достаточны по своей силе и глубине, их социальные установки правильны.

Между этими двумя аномалиями развития нервной системы с различной патогенетической основой и различными клиническими проявлениями существуют и смешанные формы. Наличие таких форм объясняется тем, что характерные для врожденной нервности вегетативно-соматические нарушения наблюдаются и при некоторых разновидностях психопатий. Однако в то время как при врожденной нервности эти вегетативно-соматические нарушения служат кардинальным признаком, формирующим клиническую картину, при психопатии те же признаки являются лишь дополнительными, побочными Основное при психопатии заключается в патологии характера и влечений — в неумении регулировать свое поведение и правильно строить социальные взаимоотношения.

Те разновидности психопатий, в клинической картине которых вегетативно-соматические нарушения занимают более видное место и менее резко выражены дефекты поведения, наиболее трудно отграничиваются от врожденной нервности. К таким разновидностям психопатии относится и психастеническая форма. Однако в более выраженных случаях психастении ее отграничение от врожденной нервности вполне возможно. У детей, обнаруживающих явления нервности, отсутствует ряд признаков, характерных для психастении: 1) наклонность к излишнему мудрствованию и резонерству (так называемая умственная жвачка, по Жанэ); 2) недостаточное чувство реального; 3) пониженная активность; неспособность принять самостоятельное решение; 4) тревожные опасения о будущем; 5) наклонность к навязчивым состояниям.

Решающими в пользу врожденной нервности и против психастении служат данные о более быстром обратном развитии патологических явлений при перемене обстановки и корригирующих лечебно-педагогических воздействиях.

Все клинические особенности психастении, отличающие ее от врожденной нервности, находят объяснение в большей сложности патофизиологической основы психастении.

Это различие было сформулировано И. П. Павловым следующим образом: «неврастения — это болезненная форма слабого общего среднего человеческого типа»; «психастения —

продукт слабого общего типа в соединении с мыслительным». «У психастеника общая слабость падает на основной фундамент соотношений организма с окружающей средой — на первую сигнальную систему и эмоциональный фонд. И отсюда отсутствие чувства реального, постоянное ощущение неполноты жизни, полная жизненная негодность вместе с постоянным бесплодным искаженным умствованием в виде навязчивых идей и фобий».

Причины врожденной нервности характеризуются своей сложностью. В некоторых разновидностях можно отметить роль наследственных факторов: в семейном анамнезе часто наблюдаются так называемые нервные субъекты. У них имеются признаки повышенной эмоциональной возбудимости, астении, тревожности, мнительности. Однако в каждом конкретном случае часто трудно установить, в чем основная причина проявлений нервности у ребенка: в унаследованных патологических задатках или в неправильном воспитании, так как нервные, тревожные, возбудимые и мнительные родители не могут правильно воспитать своего ребенка и к тому же сами являются плохим примером для него.

Частыми причинами детской нервности являются различные внешние вредности, воздействовавшие на ребенка еще во внутриутробном периоде или в первые годы жизни (диспепсия и другие желудочно-кишечные расстройства, различные инфекции, легкие ушибы головы, психическая травма). Особенно большое значение в возникновении детской нервности имеют инфекции, следующие друг за другом («цепочкой»), и хронические инфекции, как туберкулез, ревматизм.

Неблагоприятная среда и неправильное воспитание являются способствующими факторами при формировании личности с явлениями врожденной нервности. Неблагоприятное влияние на формирование характера ребенка оказывает резкое расхождение между требованиями родителей (часто тревожных и мнительных), стимулирующих развитие у ребенка чрезмерной осторожности, опасливости, и требованиями детского коллектива, который ценит самостоятельность, активность, смелость. Это противоречие создает конфликтные состояния и предрасполагает к возникновению невротических реакций.

Среди различных причин, предрасполагающих к возникновению нервности и невротических реакций ребенка, одно из важных мест занимают ошибки воспитания. Поэтому и в профилактике нервности центральным звеном является борьба за правильное воспитание ребенка. Развитие личности ребенка тормозится как при чрезмерно строгом, так и при изнеживающем воспитании. Рационально поставленное воспитание ставит себе задачу выработать у ребенка способность сдерживать себя и наряду с этим жизнерадостность, бодрость

и уверенность в своих силах. Это достигается путем разумных требований, выполнимых для ребенка, без угрозы наказания, без излишней строгости и чрезмерной ласки, а путем мягкой настойчивости. Для правильного развития ребенка чрезвычайно важно давать ему для усвоения лишь посильный для его возраста материал. Не надо чрезмерно форсировать развитие ребенка постоянными разговорами, чтением и рассказами, не соответствующими его возрасту и умственному развитию. При таком неправильном воспитании часто создается тип «маленьких старичков», недеятельных созерцателей, плохо приспособленных к жизни.

Важно избегать перегрузки нервной системы ребенка возбуждающими впечатлениями, устрашающими рассказами, частыми посещениями кино и театров. Всякие развлечения, предоставляемые детям, должны быть строго дозированы. Для ребенка дошкольного возраста длительность и частота таких развлечений, как кино и театр, не должны превышать часа 1—2 раза в неделю. Для борьбы с чрезмерным патологическим фантазированием ребенка лучшим средством служит развитие у него наблюдательности путем изучения явлений природы, ухода за животными, работы в живом уголке.

Учитывая повышенную чувствительность ребенка, его невыносливость к отдельным раздражителям, основное внимание нужно уделить его закаливанию, как физическому, так и психическому. В этом отношении большое значение имеет физкультура (гимнастика, игры, спорт), различные водные процедуры (обтирание, души), правильный режим и правильное питание, а главное — труд и воспитание в коллективе. Они дают радость творческой работы, развивают выносливость, активность и правильные навыки в общественной жизни.

В отличие от психопатии при врожденной нервности не требуется сложных лечебно-педагогических мероприятий. Но зато больше внимания следует уделять тренировке вегетативно-сосудистых функций, учитывая, что в патогенетической основе этой аномалии развития нарушениям со стороны вегетативной нервной системы принадлежит ведущее место.

Лекция 24

К СУЖЕНИЮ ГРАНИЦ ПСИХОПАТИЙ

Синдром неодолимых влечений и импульсивных действий

К неодолимым влечениям С. С. Корсаков относит патологические, чуждые данной личности влечения, «вызывающие побуждения, часто противоречащие основам нравственного строя данного субъекта». Действия, вызываемые этими влечениями, называются импульсивными и насильственными. К данному определению В. П. Сербский прибавляет, что эти влечения «сопровождаются обыкновенно тоскливым чувством и после выполнения вызывают чувство успокоения, удовлетворения».

Наличие этого тягостного переживания сближает импульсивные действия с навязчивыми. Они так же, как и навязчивые, являются немотивированными, непонятными как для данного лица, так и для окружающих. Однако наряду со сходством между навязчивым и импульсивным действием есть и глубокое различие. По мнению С. С. Корсакова, в импульсивных действиях влечение настолько быстро достигает степени высшего напряжения и переходит в двигательный акт, что человек хотя и сознает присутствие этого влечения, но не может подвергнуть его критике; только совершив то или иное действие, он может вполне ясно усвоить его значение. Насильственное влечение носит иной характер; здесь отдельные мысли в течение более или менее длительного времени преследуют сознание. В конечном счете возникает навязчивая потребность совершить то или иное действие. Больной сознает, что его влечения совершенно нелепы, но не может преодолеть того мучения, которое он испытывает до удовлетворения своего безрассудного влечения. Между импульсивными и навязчивыми действиями, по мнению С. С. Корсакова, существует ряд постепенных переходов.

К л и н и ч е с к о е п о л о ж е н и е болезненных состояний с синдромом неодолимого влечения и импульсивных действий

в настоящее время еще неясно. Французские авторы рассматривали синдром неодолимых влечений как один из признаков вырождения, по Морелю. Крепелин описывает этот синдром как своеобразную болезнь под названием «импульсивное помешательство», П. Б. Ганнушкин — как «развитие импульсивных навыков».

В настоящее время большинство психиатров относит синдром неодолимых влечений к группе психопатий. В. А. Гиляровский и М. О. Гуревич выделяют специальную группу психопатов, которых они называют «импульсивными».

Такое решение вопроса, отождествляющее синдром неодолимых влечений с проявлениями психопатии, нам представляется несколько упрощенным и не соответствующим клиническим наблюдениям. Оно приводит к необоснованному расширению понятия психопатии, так как синдром неодолимых влечений наблюдается не только в клинике психопатий, но и при других болезненных состояниях. Неправомерность выделения особой формы психопатий с импульсивными действиями более отчетливо выступает в наблюдениях детской клиники.

Наблюдения детской клиники, где синдром неодолимых влечений можно изучать в самом начале его становления, где легче проследить его дальнейшее развитие, представили ряд фактов, доказывающих различный генез синдромов при разнообразных болезненных состояниях. Изучение динамики данного синдрома у детей и подростков показало, что элементы неодолимости влечения и импульсивности действия в большинстве случаев возникают не сразу, а формируются постепенно в течение длительного промежутка времени. Вначале речь идет о вполне «одолимых» влечениях, возникающих реактивно, под влиянием ситуации или путем подражания, причем обычно в начальном периоде наблюдается не столько истинное повышение влечения, сколько неспособность к его подавлению, что для ребенка младшего возраста является еще физиологическим.

Примитивные эмоции и влечения у ребенка оказывают большее влияние на поведение, чем у взрослого. Это вполне понятно, если учесть, что высшие формы волевой деятельности у ребенка развиваются лишь постепенно, под влиянием воспитания. В поступках детей младшего возраста нет еще настоящей борьбы мотивов, и действие нередко носит импульсивный характер. Под влиянием различных патогенных агентов, понижающих корковый контроль, у них относительно легче, чем у взрослых, растормаживаются примитивные инстинкты и влечения. В переходные возрастные периоды, когда взаимоотношения между корой и подкорковой областью становятся лабильными, повышение инстинктов и влечений наблюдается значительно чаще.

В дальнейшем влечение постепенно может приобрести патологический характер. При частом повторении действия возникают так называемые патологические привычные акты,

в основе которых лежит механизм патологически упрочившейся условной связи. В конечном счете патологическое влечение становится действительно неодолимым, оно возникает независимо от ситуации; борьба с ним оказывается для ребенка непосильной.

Таким образом, в большинстве случаев синдром неодолимых влечений у детей и подростков имеет другое происхождение и иную патофизиологическую основу, чем при тех неодолимых влечениях, которые с самого начала представляют собой разряд какого-то смутного, непонятного для самого больного, тягостного напряжения.

Все сказанное свидетельствует о том, что в детской клинике синдром неодолимых влечений и импульсивных действий имеет еще меньшее значение для диагноза психопатий, чем в общей психиатрии. Диагноз психопатии не может быть поставлен на основании одного лишь синдрома неодолимых влечений. Необходимо учесть клиническую картину болезни в целом.

Если в каждом конкретном случае к оценке диагностической значимости синдрома неодолимых влечений подходить под таким углом зрения, то диагностика психопатии будет значительно сужена.

Дифференциация отдельных клинических разновидностей синдрома неодолимых влечений проводится обычно в зависимости от содержания влечения.

Различают импульсивное, неодолимое стремление к самоубийству — суицидомания, к поджогам — пиромания, к похищению чужих вещей — клептомания, к бродяжничеству — дромомания, к запойному пьянству — дипсомания. К неодолимым влечениям относят и сексуальные извращения.

Наиболее тяжелой формой является суицидомания — неодолимое импульсивное влечение к самоубийству. В. П. Сербский указывает, что это влечение иногда передается по наследству и в некоторых случаях у потомков проявляется в том же возрасте, что и у предков. К счастью, эта разновидность импульсивных действий встречается у детей очень редко. Лишь в отдельных редких случаях при изучении семейного анамнеза наших больных, проявлявших наклонность к суицидальным мыслям и попыткам, мы находили указания, что у родственников также были попытки к самоубийству в период полового созревания.

В литературе импульсивная попытка к самоубийству у ребенка описывается Штокертом. Десятилетний мальчик неоднократно убегал на несколько дней из дому. По возвращении домой однажды рассказал, что хотел броситься под поезд, но не потому, что боялся наказания, а просто у него нет желания жить. Мальчик был направлен в клинику, где он охотно остался; там со стороны психики грубых отклонений не проявлялось. Но однажды

все же убежал с прогулки, чтобы броситься под поезд К счастью, это удалось предотвратить. Мальчик уверял, что эта мысль пришла ему в голову внезапно, и он должен был ее сейчас же осуществить. Депрессивного аффекта ни до этого поступка, ни после него не было.

Более часто отмечаются попытки к самоубийству в пубертатном периоде. Однако эти попытки очень редко носят характер неодолимого, импульсивного влечения. В большинстве случаев они мотивированы и обусловлены какой-либо причиной психогенного характера. Фактором, предрасполагающим к суицидальным попыткам, служат и особенности личности подростка (повышенная впечатлительность, эмоциональная лабильность, внушаемость). Подростки, эгоцентричные, жаждущие внимания, легко предпринимают театрализованные, инсценированные попытки к самоубийству. Причиной суицидальной попытки у этих подростков обычно бывает отсутствие внимания в семье, неудача в школе. Иногда суицидальная попытка является выражением протеста против родителей или педагогов (см. лекцию 10). Плохая успеваемость в школе, боязнь наказания за плохую отметку также нередко приводят ребенка к мыслям о самоубийстве. У детей младшего возраста попытки к самоубийству иногда возникают по типу поступков «короткого замыкания» (Кречмер).

Мальчик 9 лет, страдающий резидуальной церебральной недостаточностью после перенесенной черепно-мозговой травмы, во время пребывания в психоневрологическом санатории совершил попытку к самоубийству через повешение, мотивировав это тем, что его не отпустили домой на воскресный день.

В некоторых случаях у детей с повышенной внушаемостью в возникновении попытки к самоубийству известную роль играет и подражание товарищам («школьные» самоубийства иногда совершаются именно по этому типу).

Значительно чаще суицидальные попытки обусловлены болезненным состоянием ребенка (тяжелым расстройством настроения). Они наблюдаются у психопатических личностей и у психически больных детей (циркулярный психоз, эпилепсия, шизофрения). Неодолимое импульсивное влечение к самоубийству у подростков мы наблюдали главным образом при шизофрении.

При описании синдромов неодолимых влечений в общей психиатрии одно из основных мест уделяется сексуальным извращениям. У детей и подростков об истинных сексуальных извращениях говорить не приходится; половое влечение в данном возрасте существует в незавершенном виде. К патологии полового влечения у детей относят раннее пробуждение сексуальности.

Наиболее частой формой повышения полового влечения у детей раннего возраста является онанизм. Установить

онанизм у детей в раннем возрасте нелегко. Обычно грудные дети любят играть членами своего тела, в том числе и половым. Кроме того, при повышенной рефлекторной возбудимости полового члена у детей под влиянием различных раздражителей наступает эрекция, что может имитировать проявление онанизма. Большинство авторов относит к онанизму лишь те формы полового возбуждения с напряжением всего тела, которые ребенок вызывает умышленно, испытывая при этом удовольствие. Переживания ребенка трудно поддаются учету, и установить, что ребенок испытывает удовольствие от этого акта, обычно не удается. Поэтому нет достоверных данных о степени распространенности онанизма у детей раннего возраста.

По литературным данным, начало онанизма у детей наблюдается иногда еще и до года жизни. С. Кожин отметил раннее начало мастурбации у 3-месячного ребенка. Обследуя Дом младенцев в отношении распространенности онанизма у детей, С. Кожин выявил его в 2,9% случаев (всего обследовано 484 ребенка). Б. М. Аврутис описывает 17 детей с явлениями мастурбации в первые 1½ года жизни. Автор устанавливает, что мастурбация протекала у этих детей пароксизмально в виде приступов, сопровождающихся выраженными вегетативными явлениями, резким покраснением лица, усилением потоотделения; сознание остается сохраненным, дети реагируют на словесное обращение к ним, активно протестуют против попыток помешать им заниматься онанизмом. У некоторых детей приступы онанизма единичны, у других они повторяются несколько раз в течение суток. Дети более старшего возраста не онанируют в присутствии людей, стараются уединиться.

К факторам, предрасполагающим к проявлению онанизма у маленьких детей, относят фимоз у мальчиков, вульвовагиниты у девочек, глистную инвазию (острицы), раздражение половых органов при кожных заболеваниях и болезнях мочевых путей. Большое значение приобретают индивидуальные особенности ребенка. С. Кожин наблюдал онанизм у маленьких детей при упадке питания, рахите и эксудативном диатезе. Б. М. Аврутис на основании собственных наблюдений приходит к выводу, что онанизм в раннем детском возрасте наблюдается главным образом у детей, страдающих церебральной неполноценностью, в связи с антенатальными и натальными повреждениями нервной системы. По наблюдениям нашей клиники, упорный онанизм чаще отмечается у детей с теми или другими отклонениями со стороны психики, у психопатических личностей и у детей с врожденной нервностью. Однако наличие одного лишь признака — онанизма — не говорит еще о патологии. В большей части случаев онанизм имелся и у здоровых детей, без резких отклонений со стороны пси-

хики. Гомбургер справедливо указывает, что граница между патологией и нормой в отношении сексуальных проявлений очень нечеткая.

Причиной онанизма в этих случаях часто является дурной пример и неправильное поведение родителей. Угрозы, запугивания еще более усиливают стремление к онанизму. Клиническим примером может служить следующая история болезни.

Девочка 7 лет живет в удовлетворительных материальных условиях. Семья малокультурная. Раннее развитие нормальное. В 3 года перенесла тяжелую дизентерию, на высоте температуры были судороги. В 4 года болела скарлатиной, в последующем отмечались частые ангины; подозревали ревмокардит. Росла чрезмерно подвижной, впечатлительной, смышленой, очень внушаемой. С 7 лет стали замечать, что девочка занимается онанизмом. Мать, узнав об этом, стала запугивать девочку помещением в психиатрическую больницу, лишала ее всех удовольствий, не пускала кататься на коньках. Девочка стала раздражительной, капризной, плаксивой. Родители еще больше фиксировали внимание на этом вопросе, рассказывали о последствиях онанизма. Девочка становилась все более раздражительной, появились страхи темноты, езды в автобусе. Родители обратились за помощью в психоневрологический диспансер. Была проведена психотерапевтическая беседа с девочкой и родителями. Был дан совет прекратить упреки и наказания, разрешить ей кататься на коньках. В течение месяца постепенно онанизм прекратился. Длительный катамнез отсутствует.

У некоторых повышенно возбудимых детей с задержкой развития привычка к онанизму может принять и более упорный характер. Начало онанизму может быть положено каким-нибудь случайным раздражителем, вызвавшим у ребенка сексуальное возбуждение. Повторение раздражения вызывает онанистический акт по механизму патологически упрочившейся условной связи.

Повышенная сексуальность может проявляться у детей не только в онанизме, но и в других признаках. Эти проявления патологически повышенной сексуальности у детей дошкольного и младшего школьного возрастов изучались Е. С. Гребельской и М. П. Чаплиной в Московской детской психоневрологической клинике.

На основании 20 наблюдений Е. С. Гребельская пришла к выводу, что чаще всего признаки повышенного полового влечения отмечаются у детей, ранее перенесших мозговое заболевание.

Автор описывает девочку 7 лет с диагнозом органической психопатии, обусловленной врожденным сифилисом. Девочка непослушна, груба, обнаруживает усиленное половое влечение к мальчикам.

Другая девочка того же возраста с остаточными явлениями после перенесенного менинго-энцефалита характеризуется автором как драчливая, агрессивная, двигательно-расторможенная. У девочки по утрам бывает сильное сексуальное возбуждение.

У детей, страдающих шизофренией, автор наблюдал упорный онанизм и днем, и ночью. У этих детей особые фантазии и рисунки сексуального содержания, стремление все время говорить на эту тему с матерью, произносить циничные слова принимают нередко характер навязчивости.

Проявления повышенной сексуальности отмечались М. П. Чаплиной не только у психопатических личностей, но и у детей, не обнаруживавших отклонений со стороны психики. Почти во всех случаях можно было установить влияние неблагоприятной среды (общение с безнадзорными сексуально-распущенными подростками, неблагоприятная семейная ситуация, когда дети являются свидетелями сексуальной жизни взрослых, циничные разговоры в присутствии ребенка). Как показали наблюдения М. П. Чаплиной над сексуальными проявлениями у детей, дальнейшее течение их благоприятно. Перемена обстановки, пребывание ребенка в школе-санатории, в условиях правильного режима трудового и общественного воспитания в большинстве случаев давали положительный эффект.

Приведенные данные подтверждают, что отнюдь не всегда проявление патологически повышенной сексуальности у детей можно трактовать как неодолимое влечение, обусловленное врожденной неполноценностью. В большей части случаев речь идет о преждевременном усилении полового влечения под влиянием неправильных условий воспитания. К аналогичным выводам приходит и Е. А. Попов. Описывая причины возникновения половых извращений у взрослых, он подчеркивает, что извращение направления полового влечения не является прирожденной особенностью, а возникает прижизненно под влиянием внешних условий. Большое значение автор придает механизму патологически упрочившейся условной связи.

Для профилактики и лечения онанизма и других проявлений повышенной сексуальности у детей прежде всего требуется организация среды, в которой воспитывается ребенок. Он не должен быть предоставлен самому себе, необходимо включить ребенка в деятельность, соответствующую его интересам и склонностям, связать его с детским коллективом. Другими словами, необходимо сделать все возможное, чтобы создать так называемый конкурирующий очаг возбуждения. Для того чтобы достигнуть успеха в профилактике и лечении ранних проявлений повышенной сексуальности у ребенка, очень важно провести разъяснительную беседу с родителями, указать им вред запугивания и мер стеснения, помочь им выработать правильную тактику поведения, более соответствующую данной ситуации. В упорных случаях необходимо применить психотерапию в форме внушения, гидротерапию (теплые ванны) и медикаментозное лечение. В течение последних лет для лечения онанизма с успехом применяется аминазин (см. лекцию 25).

Пиромания. У маленьких детей нередко отмечается особое влечение к играм с огнем. Радость при виде огня некоторыми авторами [Геринг (Hering)] рассматривается как

возрастная особенность ребенка. Сохранение этого влечения у взрослых ими трактуется как «регресс» на раннюю стадию развития. С возрастом влечение к огню у ребенка постепенно ослабевает, и здоровых детей легко отучить от этой привычки. Но страсть к огню может быть и болезненной, ввиду неодолимого влечения — пиромании. В этих патологических случаях, несмотря на меры воздействия, импульсивное влечение к поджогам остается. Таким образом, стойкость этого синдрома свидетельствует о патологическом состоянии.

Патологический механизм, лежащий в основе неодолимого стремления к поджогам, неодинаков в разных случаях. В одних случаях речь идет об импульсивном, ничем не мотивированном действии: неожиданно возникает такое интенсивное желание поджечь, что больной не в силах ему противиться.

К. Г. Рабинович и В. А. Турубинер приводят случай, когда мальчик 14 лет 2 раза совершил поджог импульсивиого характера. В день поджога резких изменений в настроении мальчика не иаблюдалось.

Мысль о поджоге возникала внезапно; в течение нескольких часов мальчик безуспешно боролся с ней. В первый раз мальчик, совершив поджог, остался на месте происшествия и даже помогал тушить пожар. Второй раз после поджога побежал домой. После поджога мальчик не испытывал никакого облегчения; он поджигал потому, что не мог противиться иепонятному для него самого влечению. Обещая врачу при выписке, что он исправится в своем поведении, мальчик ие ручался, что действительно не будет больше поджигать.

У других больных влечение к поджогам возникает на фоне дисфорического состояния. Л. С. Юсевич описывает подростков, у которых исподволь, в течение нескольких дней, появлялась повышенная раздражительность, плаксивость, беспричинная тоскливость, иногда тревога. Постепенно внутреннее беспокойство нарастало, становилось невыносимым и требовало какого-то разрешения. Мысль о поджоге приходила внезапно, но, возникнув, становилась неотвязной и исчезала только после ее осуществления. Поведение подростков во время пожара было различным. Один из них стремился обязательно видеть горящее здание, ибо вид самого пламени приводил его в состояние возбуждения; у двух других подростков подобных переживаний не было. Они рассказывали только о чувстве облегчения и успокоения, наступавшего после поджога. По данным Л. С. Юсевич, все эти подростки с неодолимым влечением к поджогам были неполноценными; у них отмечались остаточные явления после мозгового заболевания.

Стремление к поджогу может иметь и другие корни своего происхождения. Нередко аффективное напряжение обусловливается не эндогенными причинами, а трудной жизненной ситуацией. Крепелин указывает, что из смутного стремления к свободе и тоски по родине у молодых девушек,

работающих в качестве прислуг, возникает желание избавиться от гнета службы путем уничтожения чужого жилища. Стремление к поджогу в этих случаях является разрядом гнетущего аффекта, служит иногда проявлением реакции протеста.

Прогноз больных с неодолимым влечением к поджогам всегда сомнителен. Ряд авторов [Бирнбаум, Вейнгардт, Мишель (Birnbaum, Weingardt, Michel)] подчеркивает, что среди поджигателей процент лиц с более грубой патологией относительно более велик, чем при других импульсивных действиях. Эти данные совпадают с наблюдениями детской клиники. Влечение к поджогам чаще наблюдается у больных детей, перенесших органические мозговые заболевания или при психических болезнях (эпилепсия, шизофрения).

Клептомания как неодолимая страсть к воровству неоднократно описывалась в старых руководствах по общей психиатрии. Некоторые авторы обратили внимание на значение эндокринных факторов в возникновении этого болезненного влечения (беременность, лактация, менструация, эндокринные сдвиги пубертатного возраста). Клемперер (Klemperer) приводит случай, когда у женщины каждый раз во время беременности обнаруживались явления клептомании, тогда как вне этих периодов подобного никогда не было. П. Б. Ганнушкин отмечает, что клептомания чаще проявляется у женщин в период полового цикла. Реннерт (Rennert) описывает девушку 15 лет, у которой наблюдалось стремление к воровству только в периоды менструаций. В это время она становилась раздражительной, злобной, малодоступной; вне этих периодов была спокойна, послушна, не представляла трудностей в воспитательном отношении, обнаруживала лишь небольшое снижение интеллекта.

В течение последних десятилетий все чаще подчеркивается необходимость сузить понятие клептомании [Бинсвангер (Binswanger), Бирнбаум, Бумке (Bumke), Ганнушкин, Груле и др.].

Вопрос о возможности клептомании у детей вызывает еще большее сомнение. У детей младшего возраста понятие «мое» и «твое» вообще недостаточно отчетливо. Оно возникает лишь параллельно с воспитанием запретов и моральных установок. Реннерт, посвятивший специальное исследование вопросу клептомании, также приходит к выводу, что неодолимое влечение к воровству наблюдается очень редко (1 на 4000 больных, поступивших в больницу). На основании собственных наблюдений автор выделяет лишь 4 случая, когда можно было предположить истинную клептоманию, и 4 других случая, которые рассматривал как переходные, подозрительные в отношении клептомании. Трамер считает, что диагноз клептомании должен ставиться лишь тогда, когда

речь идет о болезненном явлении с элементами насильственности.

Советские психиатры Н. И. Озерецкий и Л. С. Юсевич, работавшие в течение многих лет в психоневрологических учреждениях для трудновоспитуемых подростков, утверждают, что не существует клептомании как неодолимого влечения к воровству. Нам также не удалось выявить ни в одном случае неодолимого влечения, которое можно было бы расценить как клептоманию в истинном смысле этого слова. Даже у детей, обнаруживавших признаки психопатии, мы не установили клептомании. Импульсивное бессмысленное воровство отмечается главным образом при психопатоподобных состояниях, обусловленных органическим мозговым заболеванием. В этих случаях речь идет о грубом распаде личности с расторможением различных примитивных инстинктов. Наряду с бессмысленным воровством у этих больных отмечаются и другие проявления импульсивных действий.

В большинстве наших наблюдений те проступки, которые называют воровством, были обусловлены неправильным воспитанием ребенка, отсутствием навыков к организованной деятельности, неудовлетворенной потребностью развлечений.

При отсутствии надзора и правильного трудового воспитания привычка к воровству постепенно закрепляется по механизму условной связи.

Из отдельных клинических вариантов синдрома неодолимых влечений и импульсивных действий наиболее частым в детской клинике является дромомания. В детские психоневрологические учреждения часто направляются дети, родители которых жалуются на то, что у ребенка появилось стремление к частым побегам из дому. Дети уходят из дому, бродят целыми днями, иногда засыпают где-нибудь от усталости, возвращаются домой оборванные, грязные, голодные; часто приводятся обратно милиционером. Такие побеги чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек. Соотношение мальчиков к девочкам, по Зейге (Seige), 7 : 2 (цит. по Гомбургеру). Возраст детей, совершающих побеги, чаще всего от 13 до 17 лет. Трамер отмечает, что 75% импульсивного бродяжничества у взрослых начинается в подростковом возрасте. Преимущественное начало побегов в пубертатном периоде автор объясняет типичными для данного возраста особенностями психики: стремление к самостоятельности, желание освободиться от опеки семьи, страсть к новым впечатлениям и др.

В отдельных случаях отмечается и более раннее начало побегов (в возрасте 3—4 лет). Гомбургер указывает, что у детей дошкольного возраста часто наблюдается стремление убежать от матери. Автор справедливо обращает внимание на то, что отнюдь не всегда в основе побега лежит чувство

тягостного напряжения. Гораздо чаще ребенок убегает из дому с чувством радости, жажды свободы. Самая возможность удовлетворить потребность в движении создает ребенку чувство удовольствия.

Все авторы, изучавшие клинические проявления бродяжничества у детей и подростков [Гомбургер, Реннерт, Трамер, Штир (Stier)], приходят к общему выводу, что причины побегов и механизм развития неодолимого влечения к бродяжничеству очень разнообразны. Различают побеги, имеющие определенную цель, и немотивированное импульсивное бродяжничество.

Л. С. Юсевич подчеркивает роль дисфорических состояний в возникновении немотивированного бродяжничества. У подростков появлялось чувство неопределенного напряжения, внутреннего беспокойства, которое приводило к уходу из дому, после чего наступало облегчение.

Подростки так описывают свои переживания в момент ухода из дому: «Становится легко, весело так, что смеяться хочется». Это ощущение облегчения и подъема продолжается различное время: от нескольких часов до суток и более. Затем появляется озабоченность, страх перед упреками родителей и наказанием.

При анализе наблюдений нашей клиники мы также могли отметить, что побеги у детей и подростков разнообразны как по причинам их возникновения, так и по клиническим проявлениям. Первые уходы ребенка из дому чаще всего были причинно связаны с определенными психогенными факторами: неудача в школе, плохие отметки, боязнь наказания, жажда новых впечатлений при отсутствии определенной целенаправленной деятельности. Нередко причиной побега была тяжелая моральная обстановка в семье, алкоголизм отца, постоянные скандалы и побои, чрезмерно суровое воспитание, отсутствие внимания и ласки к ребенку, появление в семье мачехи или отчима. Уход из дому в подобных случаях является для ребенка разрешением конфликтной для него жизненной ситуации и отнюдь не представляет собой выражения неодолимого влечения.

Мальчик 12 лет. Раннее развитие было правильным. Тяжелых заболеваний не переносил. В школе учился удовлетворительно только первые два класса, с третьего класса стал манкировать школой, уходил из дому, пропадал по неделям, ночевал на чердаках. С каждым годом уходы из дому становились более частыми и длительными. При поступлении в клинику у мальчика не обнаружено отклонений со стороны нервной системы и внутренних органов; интеллект также сохранен. Поведение неустойчивое: чрезмерно раздражителен, часто плачет. Жалуется, что отец всегда пьет и избивает мать. Неоднократно избивал и мальчика. Свои побеги из дому мальчик объяснял тем, что боялся отца, он не убегал бы, если бы жил только с матерью. Отмечались ночные страхи, видел во сне, как его избивает отец. За время пребывания в больнице ни разу не пытался убежать.

Причиной побегов в данном случае является неблагоприятная моральная обстановка в семье, боязнь побоев отца.

Причину учащения побега у детей иногда следует искать в изменениях общей обстановки.

В годы Великой Отечественной войны, когда многие семьи переживали большие моральные и материальные трудности, а дети были лишены внимания и надзора, побеги из дому значительно участились.

Клинические наблюдения о побегах у детей в военные и послевоенные годы были обобщены в работе Л. И. Гелиной. Автор отмечает, что побеги из дому чаще всего наблюдались у мальчиков школьного возраста, неустойчивых, с повышенной эмоциональной возбудимостью, с чертами не свойственной данному возрасту инфантильности. Родители характеризовали этих детей как «бесстрашных», с повышенной жаждой приключений, внушаемых, склонных к необдуманным действиям по первому побуждению. Побеги из дому, наклонность к бродяжничеству у этих детей нередко возникают впервые в связи с переездом семьи на новые места во время эвакуации. Первые уходы из дому иногда бывали мотивированными. Дети уходили из детских интернатов, объясняя свой уход тоской по родным, уходили «на войну» искать отца. В отдельных случаях уход из дому в первый раз был вызван страхом в связи с опасной военной ситуацией. В дальнейшем уход повторялся, несмотря на то, что вызвавшая его причина уже давно исчезла.

Так, мальчик 9 лет во время войны неоднократно убегал с дедом в лес, спасаясь от бомбардировки. В дальнейшем, по возвращении в Москву, живя в спокойной обстановке, мальчик время от времени опять убегает из дому «спасаться». Первый раз убежал из дому во время салюта. В дальнейшем побеги совершались без внешней причины. Мальчик объяснял свои побеги таким образом: «Иду по улице. Вдруг как толкнется что-то в голову — надо спасаться. Не хочу бежать, а надо». Влечение к побегам было настолько неодолимым, что мальчик просил родителей запирать его в квартире, чтобы он не мог убежать. Так, привычные во время вражеской оккупации целевые защитные реакции в дальнейшем фиксируются по механизму условной связи и трансформируются постепенно в бесцельное импульсивное бродяжничество (история болезни К. А. Новлянской).

Быстрой трансформации целевых побегов в импульсивное бродяжничество способствовали также индивидуальные особенности мальчика. Это был инфантильный, физически ослабленный ребенок с признаками церебральной недостаточности после перенесенной травмы головы. В больничной обстановке патологически закрепленный условный механизм удалось разрушить. Мальчик ни разу не обнаружил тенденции к побегам.

Такой же механизм постепенной трансформации характера целевых побегов и становления импульсивного бродяжничества наблюдался и в мирное время. Первые побеги из дому обычно возникают реактивно. С течением времени побеги ста-

новятся все чаще, и постепенно теряется целевой характер ухода из дому.

Иллюстрацией к сказанному может служить следующая история болезни.

Мальчик 12 лет с резидуальной церебральной недостаточностью после перенесенной черепно-мозговой травмы и тяжелой диспепсии в грудном возрасте. Не исключается и наличие внутриутробных вредностей (падение матери во время беременности). Ребенок родился в асфиксии. В грудном возрасте был вялым, малоподвижным, пугливым. Фразовая речь появилась только к 3 годам. Побеги из дому начались у мальчика в 7 лет, вскоре после поступления в школу. В школе учился с трудом, плохо подчинялся школьной дисциплине. Первый раз убежал из дому в 7-летнем возрасте после ссоры с братом. Вскоре после этого было еще несколько побегов в связи с неприятностями. В течение последнего года побеги участились. Уходил из дому без всякой причины, бродил в течение нескольких дней, пока не возвращали через органы милиции.

Был направлен в клинику. Со стороны внутренних органов отмечаются нерезко выраженные явления туберкулезной интоксикации. Со стороны нервной системы органических симптомов нет. В беседе легко вступает в контакт. Жалуется на головные боли, иногда страхи по вечерам, гипнагогические галлюцинации. Свои уходы из дому объясняет как непреодолимое желание уйти: «Стукнет в голову — и должен уйти». Отмечается расстройство настроения. Временами без видимой причины становится хмурым, злобным, раздражительным, обидчивым. Наблюдаются аффективные вспышки. Вне этих периодов поведение правильное, охотно занимается, но быстро утомляется. За время пребывания в клинике не было желания или попытки убежать. Проводилось лечение аминазином.

В данном случае также можно отметить постепенное изменение характера и причины побегов из дому. Первые побеги всегда возникали под влиянием неприятностей, последующие — без видимой внешней причины, импульсивно, как непреодолимое желание. Учащение побегов в последний год можно объяснить наличием периодических дисфорических состояний, которые нередко предшествовали побегу мальчика из дому.

В других случаях импульсивное бродяжничество возникает сразу, без предварительной стадии психогенно обусловленных уходов из дому. В таких случаях прогноз более серьезен.

Мальчик 13 лет. Происходит из здоровой семьи. Раннее развитие правильное. Рос спокойным ребенком. В 5-летнем возрасте был ушиб головы, в 12-летнем возрасте — повторная травма головы с коммоциональными явлениями. В том же возрасте впервые начались отъезды из дому на несколько дней. Всегда возвращался домой милицией. Объяснял свои отъезды тем, что у него «появляется мысль уехать надолго», и он не может ей противостоять. Из поездки возвращается утомленным, рассеянным, малоразговорчивым. Одновременно с этими поездками появилось и ночное снохождение. При поступлении в клинику в соматическом статусе мальчика отмечаются признаки гидроцефалии. Органических очаговых симптомов со стороны нервной системы не наблюдается. Внутренние органы без отклонений. По характеру мальчик общительный, уступчивый, неспособен к длительному напряжению. Свое влечение к отъездам из дому он считает болезненным. Просит дежурный персонал во время прогулки держать его за руку, так как он может убежать. Поведение в клинике правильное.

Временами жалуется на подавленное настроение, появляются мысли о побеге, но борется с ними. После лечения аминазином стал более спокоен, участвовал в прогулках, мысли о побеге стали появляться реже, он легче с ними боролся.

В данном случае речь идет об импульсивном бродяжничестве в истинном смысле слова.

Приведенные клинические примеры подтверждают сказанное о различном генезе неодолимых влечений у детей. Истинная дромомания как импульсивное влечение к бродяжничеству наблюдается относительно редко. Гораздо чаще встречается реактивно возникшее стремление убежать из дому в связи с трудной жизненной ситуацией. Между двумя крайними вариантами побегов у детей (импульсивное бродяжничество и целевые уходы) существует ряд переходных форм, в картине которых отмечаются только отдельные элементы импульсивности и неодолимости влечений. Постепенные переходы между импульсивным бродяжничеством и целевыми побегами у детей наблюдались и другими авторами (Гомбургер, Реннерт и Трамер).

Переходные формы имеют другой генез, чем истинная дромомания, и обычно формируются постепенно в течение длительного времени. Патофизиологическим механизмом их возникновения чаще всего является патологически закрепленный условный рефлекс. Причину истинного импульсивного бродяжничества следует искать не столько во врожденной неполноценности нервной системы ребенка, сколько во внешних вредностях (черепно-мозговые травмы и энцефалиты).

Все эти факты, полученные детской клиникой при изучении импульсивного бродяжничества, отнюдь не единичны. Аналогичные данные можно отметить, наблюдая становление синдромов неодолимых влечений с различным содержанием. Выраженные клинические формы импульсивных влечений и действий встречаются редко. Значительно чаще наблюдаются легкие атипичные клинические разновидности, в картине которых есть только отдельные элементы неодолимости влечений и импульсивности поступков.

Данные детской клиники убедительно доказывают также, что в нозологическом отношении различные формы неодолимых влечений не могут быть объединены в единую группу. Нет основания выделять специальную форму психопатии с импульсивными действиями. Легкие формы повышения влечений с элементами неодолимости и импульсивности могут наблюдаться и у здоровых детей в переходные возрастные периоды.

Патологическое усиление влечений отмечается и при некоторых формах реактивных состояний у детей. При наличии конфликтного состояния с резким эмоциональным напряжением возникает регресс на более ранние стадии развития с

расторможением примитивных влечений и инстинктов. Грубые, агрессивные влечения могут быть и особым выражением реакции протеста.

Более резкие клинические проявления повышенных и неодолимых влечений чаще наблюдаются у патологических личностей и у детей с явлениями врожденной нервности. Однако и в этих случаях речь идет не о какой-либо одной разновидности психопатии с импульсивными влечениями, а о различных формах. Относительно чаще синдром неодолимых влечений встречается у психопатических личностей третьей группы (так называемой органической психопатии). Наиболее выражены эти синдромы при наличии дисфорических состояний. Импульсивное бродяжничество наблюдается и у психопатических личностей с чертами дисгармонического инфантилизма. Неодолимые влечения нередки также у аутичных, психастенических личностей (повышенная сексуальность, суицидомания, импульсивное бродяжничество).

Наиболее часто выраженные формы импульсивных поступков с неодолимыми влечениями наблюдаются у детей и подростков, страдающих остаточными явлениями после энцефалитов и травм мозга. К такому же выводу приходят К. Г. Рабинович, В. А. Турубинер, М. Трамер, Ф. Штокерт и Л. С. Юсевич.

В отдельных случаях перверзные влечения и импульсивные поступки отмечаются и в активной стадии психического заболевания (шизофрения, эпилепсия).

Понятно, что течение и прогноз неодолимых влечений неодинаковы при различных клинических формах и находятся в тесной зависимости от основного заболевания. Синдром расторможенных повышенных влечений, обусловленный психогенным фактором или тяжело протекающим пубертатном возрастом, обычно протекает благоприятно. В хороших условиях он чаще подвергается обратному развитию. Регредиентное течение синдрома неодолимых влечений наблюдается нередко и при психопатии и психопатоподобных состояниях. При своевременном вмешательстве с возрастом больного синдром неодолимых влечений может постепенно затухать по окончании пубертатного периода.

При процессуальных формах прогноз более тяжел и зависит от течения данного заболевания. Во всех случаях некоторое прогностическое значение имеет и содержание синдрома неодолимых влечений: импульсивное стремление к самоубийству, перверзные сексуальные влечения и влечение к поджогам имеют более тяжелый прогноз.

Для прогноза имеет значение и своевременное распознавание, и организация лечебно-профилактических мероприятий.

Распознавание синдрома неодолимых влечений у детей нередко бывает трудным, так как в каждом конкретном

случае нелегко отграничить импульсивное влечение от одностороннего усиления влечений, являющегося еще физиологическим состоянием у ребенка в переходные возрастные периоды. Поэтому у детей диагноз «синдром неодолимых влечений» в этом периоде ставится с большой осторожностью.

К неодолимым влечениям следует относить лишь те разновидности, когда влечение возникает остро, внезапно, характеризуется особой силой и по содержанию противоречит интересам и склонностям данной личности. Важно также учесть, что в момент своего возникновения неодолимое влечение захватывает всю личность целиком и быстро реализуется в действии.

Еще более сложно распознавание переходных форм неодолимых влечений, которые возникают вначале реактивно и в дальнейшем закрепляются по механизму условных связей. Чтобы установить генез синдрома неодолимых влечений и его характер, необходимо не только учитывать симптомы настоящего состояния, но и тщательно анализировать прошлое больного, учесть все предыдущие стадии развития данного синдрома.

Понятно, что для установления нозологической природы синдрома неодолимых влечений требуется изучить клиническую картину болезни в целом, определить особенности личности больного и окружающей среды. Однако некоторое диагностическое значение имеет и качественное своеобразие синдрома неодолимых влечений. В том случае, когда речь идет об усилении влечений у здоровых подростков в переходные возрастные периоды, обычно нет такой массивности и перверзности влечений, как в патологических состояниях. Кроме того, этот синдром легче поддается обратному развитию. При реактивных состояниях нередко удается вскрыть, что в основе тягостного напряжения, разрядом которого является импульсивное действие, лежит конфликт, обусловленный трудной жизненной ситуацией.

У психопатической личности клинические проявления синдрома повышенных неодолимых влечений и корни его происхождения меняются также в зависимости от клинической формы психопатии. В синдроме повышенных влечений у инфантильной психопатической личности не так резко выражены элементы насильственности, как при органической психопатии. Побеги у инфантильной психопатической личности возникают в связи с обилием желаний, жаждой новых впечатлений и недостаточной способностью подавлять влечения. При органических психопатиях в возникновении неодолимых влечений большое значение приобретает наличие дисфорических состояний.

Элементы неодолимости влечений иногда отмечаются и у психастенической личности. В таких случаях необходимо отграничить импульсивные действия от навязчивых. Последние более элементарны и стереотипны и носят защитный характер. П. Б. Ганнушкин подчеркивает, что импульсивное действие в противоположность навязчивому не является чем-то неестественным, вынужденным, оно представляется сознанию больного направленным к достижению некоторой желанной цели (хотя и не всегда осознанной).

Крепелин видит различие навязчивого и импульсивного в том, что первое связано всегда с чувством опасения, второе сопровождается устремлением к действию.

При психопатоподобных состояниях, обусловленных ранее перенесенным мозговым заболеванием, синдром повышения грубых влечений носит совершенно иной характер. Импульсивные влечения у этих больных совершенно бессмысленны и нецеленаправленны, часто носят нелепый, а иногда и перверзный характер. В большинстве случаев речь идет о расторможенности инстинктов, носящих нередко агрессивный характер. Грубые сексуальные влечения с элементами садизма сочетаются с импульсивным бродяжничеством и влечением к поджогам. В то же время у этих детей очень резко страдают чувства симпатии, привязанности к близким. Они обычно не испытывают чувства стыда, раскаяния, обиды. При более тяжелых формах отсутствует и брезгливость, больные неряшливы, едят все без разбора. В клинической картине этих форм синдром неодолимых влечений обычно сочетается уже с признаками распада личности. Расторможение влечений — одно из главных проявлений регресса личности.

Наличие неодолимых влечений и импульсивных действий представляет большую опасность как для самого больного, так и для окружающих. Поэтому вопросы профилактики, лечения и судебнопсихиатрической экспертизы этих расстройств приобретают чрезвычайно большое значение. Для организации профилактических мероприятий очень важно учесть все сказанное выше о постепенном становлении неодолимых влечений у детей, развивающихся вначале реактивно и в дальнейшем закрепляющихся как привычные акты, по механизму патологически упрочившейся условной связи. У детей этот механизм приобретает чрезвычайно большое значение. При большой лабильности психики у них нередко отмечается и своеобразная психическая инертность. Значение инертности в возникновении неодолимых влечений у детей подчеркивается также Трамером. У них относительно легче, чем у взрослых, образуются патологические привычки. Начатую деятельность им часто очень трудно прекратить.

Из этих клинических наблюдений вытекает практически важный вывод в отношении профилактики неодолимых вле-

чений: искоренение патологической привычки следует проводить в самом начале ее зарождения. Для этих целей необходимы экстренные лечебно-педагогические мероприятия, чтобы расторгнуть патологическую условную связь. Ребенок должен иметь новые жизненные цели; деятельность его должна быть эмоционально насыщенной и интересной для него. В более тяжелых случаях ребенка следует поместить в психоневрологическую больницу.

Лечение этих состояний, являющихся нередко опасными для ребенка и окружающих, представляет трудную и очень важную задачу. Вопросы психотерапии неодолимых влечений у детей успешно разрабатывались отечественными психиатрами В. М. Бехтеревым и К. И. Платоновым. Много внимания этому вопросу уделяет и Н. В. Иванов. Им был предложен особый метод психотерапевтического воздействия на ребенка. Из медикаментозных средств наиболее показано лечение аминазином (см. лекцию 25).

Лекция 25

ЛЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕБНАЯ ПЕДАГОГИКА ПОГРАНИЧНЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

При изложении клиники и терапии пограничных форм психических расстройств мы стремились показать особенности лечебно-профилактических мероприятий при отдельных болезненных формах. Цель настоящей лекции — остановиться только на некоторых общих принципиальных положениях, одинаково важных при лечении различных форм пограничной психиатрии детского возраста.

При лечении пограничных форм всегда должны применяться комплексные методы терапии. Используются различные медикаментозные средства в разных сочетаниях, физиотерапевтическим методам здесь уделяется больше внимания, чем в клинике больших психозов. Наиболее важным методом при лечении пограничных форм является психотерапия.

Психотерапия. Различают общую психотерапию — психотерапию в широком смысле слова — и частную психотерапию в виде отдельных методов психотерапевтического воздействия. Психотерапия в широком смысле этого слова охватывает комплекс воздействий на больного человека. Психотерапевтическое значение имеет вся обстановка лечебного учреждения, определенный режим и все взаимоотношения, складывающиеся между больным и персоналом лечебного учреждения. Каждому лицу, обслуживающему ребенка (врач, педагог, воспитатель, сестра, санитарка), принадлежит своя роль в благоприятном психотерапевтическом воздействии на ребенка. Наличие единой общей цели в действиях каждого сотрудника лечебного учреждения хорошо было представлено С. С. Корсаковым под названием «хорового начала». Путем упорного совместного труда создается та благоприятная атмосфера продуманного, гуманного, чуткого отношения к больному (названная С. С. Корсаковым «благотворным духом заведения»), которая по существу является основой для построения психотерапевтической работы. Очень важно, чтобы эту благоприятную психотерапевтическую атмосферу

ребенок мог почувствовать уже в первый момент своего поступления в лечебное учреждение. В этом отношении большое значение для дальнейшей психотерапевтической работы приобретает первая беседа врача с ребенком.

Психотерапевтическая беседа врача с больным всегда представляет собой творческий акт, требующий достаточных знаний и опыта. В пограничной психиатрии, где психотерапия является одним из важных методов воздействия на больного, правильное построение первой беседы с больным приобретает особенно большое значение. Перед врачом, беседующим с ребенком, находящимся в реактивном состоянии, всегда стоит серьезная задача понять, в чем сущность конфликтного переживания больного, и помочь ему в разрешении трудной для него ситуации, не травмируя его излишними расспросами. Для разрешения этой задачи важно предварительно познакомиться с данными истории развития ребенка, особенностями его семейной и школьной ситуации. Главным условием является завоевание доверия ребенка. В этом отношении большое значение имеет не только содержание беседы, но и тон врача, его манера говорить с больным. Одинаково следует избегать как чрезмерно строгого, так и слащавого, неискреннего тона, ибо дети очень чутко воспринимают неискренность и высокомерное к ним отношение. Беседа врача должна быть построена на основе уважения к личности больного и в то же время должна воспитать в больном чувство уважения к авторитету врача.

Для того чтобы выявить сущность трудной ситуации для ребенка младшего возраста, врач показывает ему картинки с соответствующим эмоциональным содержанием, предлагает ему рассказ, в котором речь идет об определенной ситуации, близкой к той, которая травмировала ребенка. Для проникновения в интимную жизнь ребенка используется также творчество ребенка — придуманные им рассказы, рисунки (метод Ф. З. Шнейерсона).

Основные положения о психотерапевтическом воздействии остаются в силе и в амбулаторной деятельности врача. Здесь еще большее значение приобретает личность врача, его знания и опыт, творческая инициатива, умение наладить необходимый контакт с врачами смежных специальностей, педагогами и родителями. Важным разделом психотерапевтической работы в поликлинике является профилактическая и разъяснительная работа врача в семье и школе. Врач должен разъяснить родителям и педагогам, в чем сущность конфликтной ситуации для ребенка, какие мероприятия необходимы для ее разрешения. Особенно важно подчеркнуть, какое большое значение имеет правильное отношение к ребенку взрослых, построенное на уважении его личности. К числу факторов, необходимых для успеха психотерапевтической работы с ре-

бенком, относится и повседневная согласованность работы врача и педагога школы.

Врач должен помочь педагогу найти тот путь индивидуального воздействия на ребенка, который больше всего соответствует состоянию ребенка в данное время, указать, как использовать его положительные качества для преодоления патологических установок. Совместно с педагогом врач помогает семье в правильной организации режима, обеспечивающего ребенку достаточное время для отдыха, пребывания на воздухе и сна, и в устранении травмирующих моментов.

В выравнивании болезненных уклонений большое психотерапевтическое значение приобретает налаживание правильных взаимоотношений ребенка с коллективом. Включить подростка в общественно полезную деятельность, дать ему возможность проявить свою творческую активность — значит создать новые, положительно окрашенные эмоциональные установки, помогающие преодолению конфликтной ситуации.

Из специальных психотерапевтических методов, применяемых при лечении психических заболеваний, следует назвать: 1) метод убеждения (так называемая рациональная психотерапия), предложенный Дюбуа (Dubois); 2) метод внушения в различных его видах.

Метод убеждения в том виде, в каком он был предложен Дюбуа, мало подходит для лечения детей, так как здесь придается слишком большое значение логической стороне мыслительной деятельности. Однако сама идея Дюбуа о том, что при каждом лечении важно привлечь больного к борьбе со своим недугом, является правильной и в отношении детей. Особенно важно привлечь ребенка к активному сотрудничеству в лечении в случаях, когда речь идет о детях с дефектами поведения или с так называемыми дурными привычками. Путем систематических психотерапевтических бесед необходимо разъяснить ребенку цель его направления в специальное лечебное учреждение и наметить пути исправления дефектов в его поведении. Нужно отметить, что в большинстве случаев ребенок может дать оценку своего неправильного поведения, хотя ему и трудно его корригировать.

В психотерапевтической беседе с ребенком необходимо обращать внимание не только на отрицательные стороны его поведения, но и на положительные черты его характера. Ему необходимо показать путем отдельных примеров те пути укрепления своей воли, которые являются наиболее правильными в данном случае. Такие психотерапевтические беседы способствуют развитию самостоятельности ребенка или подростка, повышают его способность к тренировке и регуляции собственного поведения. О положительном значении таких методов психотерапевтического воздействия на ребенка писал Шюле (Schüle). Он считал, что задача воспитания заклю-

чается не в том, чтобы «сломить», а в том, чтобы «склонить» волю ребенка.

Что касается второго психотерапевтического метода — метода внушения, то он занимает видное место при лечении невротических и психопатических состояний у детей и подростков. У детей младшего возраста не удается применить в полной мере метод внушения. У них еще нет достаточно развитого внимания, способности к самоанализу, к сознательной критической оценке своего болезненого состояния. Планомерная психотерапевтическая работа методом гипнотерапии с ребенком возможна только начиная со школьного возраста.

Метод внушения имеет различные модификации: а) внушение в гипнотическом и б) в бодрствеином состоянии. Наиболее яркая форма лечения внушением — это гипноз. Патофизиологическая основа гипноза была дана И. П. Павловым, который считал, что в основе гипиоза, как и при нормальном состоянии сна, лежит торможение коры больших полушарий. При гипнозе торможение не достигает той большой степени интенсивности и экстенсивности, как при обычном сне. Гипноз, по И. П. Павлову,— это переходное состояние между сном и бодрствованием, частичное по глубине и локализации торможение высших отделов центральной нервной системы. На фоне разлитого торможения коры при гипнозе остается незаторможенным лишь участок («сторожевой пункт»), через который осуществляется связь гипнотизируемого лица с гипнотизирующим его врачом. Через этот «пункт» гипнотизируемый воспринимает содержание слов гипнотизера и реагирует на них соответственно содержанию. Для понимания большой роли словесного внушения при гипнозе очень важно учесть данные И. П. Павлова о ведущей роли второй сигнальной системы как регулятора человеческого поведения. И. П. Павлов считал, что слово (его смысл) имеет для человека всеобъемлющее значение.

Для правильного проведения лечения гипнозом необходимы два естественных условия: 1) личное влияние врача на больного, полный контакт между врачом и больным (больной должен быть убежден в том, что врач поможет ему, врач должен быть уверен в себе); 2) приведение больного в состояние полной пассивности. Необходимо вызвать у больного состояние физической и психической расслабленности, исключить всякое напряжение. Больной должен быть в состоянии душевного спокойствия, освободиться от всякого страха и боязливого ожидания. Очень важно создать спокойную обстановку (отсутствие постороннего шума в комнате, яркого света). Предлагается при гипнозе применять особые раздражители, действующие монотонно. Это достигается ритмическим поглаживанием руки или лба больного, тиканием метронома. Иногда больного заставляют фиксировать внимание на ка-

ком-нибудь предмете, лучше всего блестящем. Однако все эти приемы имеют второстепенное значение. Основным все же остается доверие к врачу.

К. И. Платонов считает, что при гипнотизации детей приемы должны быть тождественными обычным условиям, способствующим засыпанию. Он полагает, что при усыплении детей нет необходимости стремиться к глубокому гипнотическому сну. В большинстве случаев достаточно бывает дремоты. Что касается пробуждения, то оно должно проводиться согласно обычному пробуждению от сна и при соответствующих бодрящих словах: «Ну, ты поспал, а теперь просыпайся и чувствуй себя хорошо!».

Второй модификацией является внушение в бодрственном состоянии. Различают внушение прямое, т. е. непосредственное речевое воздействие, и так называемое косвенное внушение, которое связывается с тем или иным предметом или процедурой. В. М. Бехтерев назвал это последнее внушение «чреспредметным». Эта форма «чреспредметного» внушения особенно эффективна в детском возрасте (К. И. Платонов).

Как показывают наблюдения детской клиники, благоприятные результаты внушения отмечаются и при отсутствии погружения больного в гипнотическое состояние. Для правильного проведения внушения в бодрственном состоянии требуются те же две предпосылки, что и при лечении гипнозом: 1) абсолютная вера в лечащего врача и уверенность врача в благоприятном действии своего лечения; 2) больной должен находиться в состоянии полного покоя — как физического, так и психического. Лишь в отдельных случаях, когда речь идет о длительно болеющих субъектах с истерическими проявлениями, гипноз имеет преимущество по сравнению с внушением в бодрственном состоянии.

На основании своего опыта лечения гипнозом детей К. И. Платонов считает, что этим методом можно устранить не только отдельные симптомы, но и сложные синдромы при невротических и психопатических состояниях у детей (навязчивые действия, немотивированные страхи — страх перед школой, страх устного ответа,— психогенные гиперкинезы, приступы истерических сумеречных состояний). Положительный эффект был получен К. И. Платоновым при лечении гипнозом также психопатических личностей с неодолимыми влечениями к воровству и бродяжничеству.

Интересные исследования об особенностях гипнотерапии импульсивных влечений у детей принадлежат Н. В. Иванову. Он строит план своей психотерапевтической работы на основе тщательного анализа структуры патологического влечения, строго дифференцируя, что преобладает в патологическом влечении — момент навязчивости или импульсивности.

При навязчивых влечениях, когда имеет место борьба личности с возникающим влечением, основной задачей психотерапии будет лечебное вос-

питание, направленное на постепенную мобилизацию усилий личности для противодействия возникающему влечению. Здесь показана активизирующая психотерапия. При импульсивных влечениях, где в момент реализации влечения личность оказывается беспомощной, основным методом является гипносуггестивная терапия. Автор указывает, что обычная императивная отмена возникновения влечений даже в глубоком гипнозе не обеспечивает нужного эффекта. Поэтому автор предлагает ряд дополнительных приемов, усиливающих действенность проводимого внушения. С этой целью дается специальная формулировка внушения, обеспечивающая одновременное возникновение противоположных поступков немедленно вслед за актом осуществляемого влечения.

Так, мальчику 9 лет, страдавшему импульсивным влечением к воровству, внушение формулируется следующим образом· «Как только у тебя возникнет желание взять какую-нибудь вещь, тебе сразу захочется поставить ее обратно, и ты будешь чувствовать себя нехорошо до тех пор, пока не сделаешь это!». Этот метод лечения дал положительный результат. В тех случаях, когда данная формулировка внушения оказывается неприменимой (где невозможно осуществление действий, противоположных влечению), формулировка внушения видоизменяется. Так, 11-летней девочке, которая упорно грызла ногти, внушали: «Как только ты поднесешь пальцы ко рту и когда пальцы придут в соприкосновение с зубами, ты невольно вспомнишь, какой некрасивой в это время ты представляешься каждому, кто посмотрит на тебя!». Предложенные автором дополнительные приемы при суггестивной терапии нам представляются целесообразными.

Опыт психотерапии, проводившийся в нашей клинике Е. С. Гребельской, Ф. Я. Кацнельсон, Л. И. Гелиной и продолжавшийся в дальнейшем в Центральном детском психоневрологическом диспансере, доказал эффективность суггестивной терапии при некоторых затяжных формах реактивных состояний у детей и подростков (от 8 до 16 лет) с относительно стойкими невротическими проявлениями. В большинстве случаев внушение проводилось в бодрственном состоянии; гипнотическое внушениие применялось лишь в отдельных случаях.

Для целей суггестивной терапии чаще всего пользовались словесным и «чреспредметным» внушением, применением индифферентных медицинских средств и процедур (ингаляция, «электропроцедуры» без включения тока, но в сопровождении звуковых раздражителей). При приеме индифферентных лекарств внутрь ребенку внушали мысль об особой ценности и исключительной эффективности данного средства. Формулировка внушения давалась в категоричной, но очень простой и доступной пониманию ребенка форме.

Такой суггестивной психотерапии подвергались дети, страдавшие моносимптоматическими формами неврозов и истерическими реакциями (анорексия, мутизм, гиперкинезы, парезы и параличи, частичная слепота). Лучший терапевтический эффект наблюдался у внушаемых детей, инфантильных в своем поведении. Приемы внушения приходилось варьировать в зависимости от клинических проявлений психогенной реакции, возраста, интеллектуального развития и характерологических особенностей ребенка. Терапевтический эффект

обычно наступал очень быстро, иногда и после первого сеанса. После этого проводилась активизирующая психотерапия, целью которой было помочь ребенку включиться в интересующую его деятельность и привить ему новые общественно полезные навыки.

Физиотерапия занимает видное место в комплексе лечебных средств, применяемых при пограничных формах психических расстройств. Принимая во внимание, что в патогенезе пограничных форм преобладают функционально-динамические нарушения высшей нервной деятельности, расстройство функций вегетативной нервной системы, можно предположить, что именно физические методы лечения — электротерапия, светолечение и гидротерапия — являются вполне адекватными для терапии и профилактики этих форм. Данное предположение легло в основу физиотерапевтических исследований А. Е. Щербака. Им был введен в практику физиотерапии ряд методик, направленных на раздражение вегетативной нервной системы в различных ее отделах. Такими методиками он предполагал изменить функциональное состояние различных органов.

В настоящее время методы физиотерапии пограничных форм психических расстройств в детском возрасте еще недостаточно разработаны. За последние годы только намечаются новые пути дифференцированного лечения детей физиотерапевтическими средствами.

В руководстве Е. Я. Гинзбург и Д. В. Мессель представлены особенности методик физиотерапевтического воздействия применительно к детскому возрасту. Учитывая возрастные особенности нервной системы ребенка, не закончившей еще своего онтогенетического развития, несовершенство регуляторных механизмов, большую интенсивность и неустойчивость обменных процессов, эти авторы совершенно справедливо требуют большой осторожности при назначении различных физиотерапевтических процедур, большой постепенности при увеличении дозировок. Особая осторожность требуется при лечении детей раннего возраста, так как кожа детей отличается богатой васкуляризацией, повышенной проницаемостью сосудистых стенок. Всем этим можно объяснить, почему кожа у детей раннего возраста характеризуется большой электропроводимостью и большой проницаемостью в отношении световых лучей и прежде всего ультрафиолетовых.

При выборе тех или других физических методов лечения и при назначении дозировки необходимо учитывать индивидуальные особенности психики ребенка и его соматическое состояние. У детей с повышенной эмоциональной возбудимостью и особенно у физически истощенных детей назначение физиотерапевтических процедур требует сугубой осторожности.

В клинике пограничных форм психических расстройств детского возраста находят свое применение различные физические методы лечения: электротерапия, светолечение и гидротерапия.

Из отдельных видов электротерапии наибольшее применение в детской практике имеет гальванизация. Больше всего пользуются ионогальванизацией (ионтофорезом). При этом комбинированном методе лечения в качестве раздражителя одновременно действуют постоянный ток и введенные в организм ионы лекарственных веществ. В качестве лекарственных веществ применяются: кальций, фосфор, йод, бром, новокаин и др. Ионогальванизация с кальцием применяется во всех тех случаях, когда требуется стимуляция симпатической нервной системы и общая десенсибилизация организма (при состояниях двигательного беспокойства различной природы, при неврозах и психопатических состояниях, сопровождающихся гиперкинезами, при тиках). Ионы брома применяются в качестве успокаивающего средства наряду с ионами кальция. Ионы фосфора более показаны при невротических и психопатических состояниях с явлениями раздражительной слабости, вялости, апатии. Ионы новокаина рекомендуются как болеутоляющее средство.

Фарадический ток реже применяется для лечения нервно-психических расстройств. Наиболее показана фарадизация главным образом в виде ритмической фарадизации в тех случаях, когда имеется ослабление двигательной способности поперечнополосатой или гладкой мускулатуры,— при парезах и параличах. Ритмическая фарадизация применяется при лечении истерических симптомов и ночного недержания мочи.

Токи высокой частоты — токи д'Арсонваля, диатермия, токи ультравысокой частоты — в практике пограничной психиатрии детского возраста применяются относительно нечасто.

Общую дарсонвализацию рекомендуют при пограничных формах с явлениями повышенной раздражительности. Терапевтический эффект этой процедуры видят в усилении обмена веществ, укреплении мускулатуры и в болеутоляющем действии. Общая дарсонвализация применяется только у детей старшего возраста. Местная дарсонвализация рекомендуется при головной боли, ночном недержании мочи. По данным А. Ф. Мельниковой, местная дарсонвализация оказывает благоприятное действие при лечении тика у детей (см. лекцию 9).

Терапевтическое действие диатермии связывается с тепловым эффектом, который вызывается током высокой частоты. Диатермия оказывает болеутоляющее действие при невралгии, уменьшаются спастические состояния мускулатуры.

Светолечение. Используется главным образом в виде ультрафиолетового облучения. У детей облучение начинают с малых доз, с $^1/_8$ биодозы и, постепенно увеличивая, доводят

до $1^1/_2$—2 биодоз. Во время проведения этой процедуры требуется тщательное наблюдение, особенно когда речь идет об эмоционально неустойчивых и двигательно-беспокойных детях, которые могут из любопытства снять очки. Этот вид лечения применяется при вялости, апатии, пониженной работоспособности, задержке умственного развития. Противопоказанием служит резкое соматическое истощение больного, особенно при затяжных инфекционных процессах и диатезах.

Гидротерапия. Применяется в форме ванн, душей, обтираний, укутываний, растираний. Терапевтический эффект при гидротерапии связан с различными факторами: температурным, механическим раздражением (при растираниях и душах), химическим (прибавление к пресной воде поваренной соли, хвои, горчицы, в естественных источниках — сероводород, углекислота, радон). Реакция на термические раздражения водой зависит не только от температуры воды, но и от степени внезапности, с какой она дается. Имеют значение и индивидуальные особенности организма. Как общее правило, ванна индифферентной температуры оказывает тонизирующее действие, более теплые ванны (36—37°) — успокаивающее. Сосновый экстракт прибавляется для усиления успокаивающего действия. Имеет значение и продолжительность ванны. В среднем продолжительность ванны 5—15 минут.

Детям с повышенной эмоциональной и двигательной возбудимостью рекомендуются теплые процедуры (ванны и души). У маленьких детей применяется только дождевой душ. При состояниях вялости и апатии рекомендуются водные процедуры индифферентной температуры. Углекислые и радоновые ванны оказывают более сильное тонизирующее действие. Показанием к данному виду гидротерапии является состояние вялости и апатии, пониженный аппетит.

Морские купания — мощный тонизирующий фактор. Однако для детей младшего и старшего возраста с явлениями повышенной возбудимости и двигательным беспокойством, расстройством сна более показаны морские теплые ванны. В отдельных случаях курс лечебных морских ванн служит подготовкой для последующих морских купаний. Продолжительность морских купаний для детей с невротическими явлениями должна быть небольшой (от одной до 3—5 минут). При слишком длительном купании нарушается сон, повышаются эмоциональная возбудимость и двигательное беспокойство.

Гидротерапия — важное средство для закаливания не только сердечно-сосудистой, но и нервной системы ребенка. В этом отношении большое значение имеют систематические обтирания по утрам водой комнатной температуры, души с постепенным понижением температуры.

Из медикаментозных средств, применяемых в клинике пограничных форм психических расстройств, мы остановимся только на нейролептических, применение которых в детской практике началось сравнительно недавно. К нейролептическим средствам относятся производные фенатиазинового ряда, получившие в разных странах различные названия (ларгактил, мегафен, хлорпромазин, 4560RP, торацин, аминазин).

Первоначальное представление о механизме действия аминазина как фактора, вызывающего блокаду вегетативных узлов (ганглиоблокирующие факторы), в настоящее время значительно усложнилось. Путем экспериментальных исследований на животных было установлено, что аминазин является не только ганглиоблокирующим средством, но имеет большое значение как ценное средство, влияющее на различные звенья нейрорефлекторной регуляции (М. Д. Машковский) Было доказано, что фенатиазиновые производные могут быть использованы для регулирования функционального состояния центральной и вегетативной нервной системы. Путем эксперимента на животных было показано седативное действие аминазина. Под влиянием аминазина наступает общее успокоение животного, сопровождающееся уменьшением его двигательной активности и расслаблением скелетной мускулатуры.

Что касается влияния аминазина на вегетативный отдел нервной системы, то здесь следует отметить его адренолитическое действие. Аминазин ослабляет влияние симпатола, эфедрина, фенамина и первитина. Некоторые авторы предполагают, что аминазин подавляет возбуждающее влияние ретикулярной формации на кору больших полушарий (П. К. Анохин, В. Г. Агафонов).

Применение препаратов фенатиазина в клинике психических заболеваний оказалось наиболее эффективным при лечении больных с синдромом двигательного возбуждения, маниакальными и галлюцинаторно-бредовыми состояниями. Положительное влияние нейролептических средств отмечено и при пограничных формах психических расстройств — при неврозах страха, фобиях, навязчивых состояниях. В детской клинике лечение аминазином имеет особенно большое значение: именно те клинические синдромы, на которые лучше всего действует аминазин, являются преимущественными в клинике психических расстройств у детей. Так, известно, что различные проявления двигательного возбуждения, состояния страха у детей в допубертатном периоде наблюдаются значительно чаще, чем у взрослых, и при самых различных заболеваниях.

В настоящее время препараты фенатиазина для лечения детей с патологическим поведением применяются в различных странах. В 1953 г. французские психиатры Эйе, Жиро и Гальбер (Giraud, Galibert) применили лечение препаратом 4560RP у 7 детей. У всех детей был хороший эффект, но недостаточно стойкий. Мейер, Кинрос, Райт (Mayer, Kinross, Wright) получили хороший эффект у 8 детей в возрасте от 2 до 12 лет при лечении в условиях амбулатории. Фридман, Эфрон и Бендер (Friedman, Efron, Bender) лечили торацином 195 мальчиков в возрасте 7—12 лет. Они отмечали терапевтический эффект в отношении детей с чрезмерно повышенной активностью. Фрид и Пейфер (Freed, Peifer) лечили 25 детей с патологиче-

ским «гиперкинетическим» поведением; улучшение в различной степени наблюдалось у 21 ребенка. Однако, несмотря на улучшение поведения, основная структура личности осталась неизмененной. Аналогичные данные о благоприятном действии хлорпромазина на трудновоспитуемых детей приводят и другие авторы

Дозировка аминазина или других аналогичных препаратов фенатиазина, применяемых у детей школьного возраста разными авторами, колеблется в широких пределах. Большинство авторов считает средней суточной дозой 75—100 мг (Эйе, Жиро, Гальбер, Фрид, Пейфер, Блаик, Лолан). Для детей в возрасте до 5 лет назначается 10 мг препарата 3 раза в день. В отношении грудных детей большинство авторов приводит суточную дозу 1—2 мг на 1 кг веса (Шапталь, Жан Кампо, Оливье). Эффективность дозы колеблется от способа введения: 0,5 мг на 1 кг веса при внутримышечном введении, 1 мг на 1 кг при даче внутрь, 2 мг на 1 кг в свечах. В отношении способов введения большинство авторов предпочитает дачу лекарства внутрь. Назначается в виде таблеток или в цитрусовом сиропе. Наибольшая эффективность отмечается при внутримышечном введении препарата. Поэтому препарат иногда вначале назначают внутримышечно, а затем продолжают давать внутрь. Маленьким детям препарат можно вводить в свечах.

Лечение аминазином в нашей клинике было начато только в конце 1956 г. Методика терапии в основном та же, что и у взрослых. Аминазин применялся внутрь в виде таблеток по 25 мг или в виде внутримышечных инъекций. У детей в возрасте 7—10 лет суточная доза была 50—75 мг, 10—14 лет — 100—150 мг, 14—17 лет — 100—200 мг. Длительность лечения от 2 до 3 месяцев; в отдельных случаях до 6 месяцев и более.

Дети относительно хорошо переносили лечение. Серьезных соматических осложнений мы не наблюдали. Ортостатические коллапсы отмечались лишь в отдельных случаях, главным образом в течение первой недели лечения при нарушении постельного режима. У некоторых больных были длительные жалобы на головные боли и головокружение, ухудшался аппетит, появлялись неприятные ощущения в подложечной области. Однако в большинстве случаев аппетит повышался в процессе лечения. Сон, как правило, улучшался. Экстрапирамидные расстройства в виде легкой скованности отмечались сравнительно редко и проходили под влиянием лечения препаратами белладонны. Часто отмечалось нестойкое повышение температуры до 38—39°, лейкоцитоз, ускорение РОЭ.

Лечение аминазином применялось нами не только при выраженных формах психических заболеваний, но и при пограничных состояниях; при неврозах страха, навязчивых состояниях, фобиях, при неодолимых влечениях, в частности к бродяжничеству, при повышенной сексуальности (мастурбации), при психопатии и психопатоподобных состояниях. Лечение аминазином оказалось наиболее эффективным в тех случаях, когда в клинической картине преобладали явления двигательного возбуждения, напряженной злобности и агрессий, синдромы неодолимых влечений и импульсивных действий (данные М. С. Вроно).

Улучшение психического состояния детей можно было наблюдать обычно уже к концу первой или в начале 2-й недели лечения. Прежде всего уменьшалось двигательное беспокойство ребенка; в дальнейшем ослабевала напряженность аффекта, озлобленные, с агрессивными тенденциями дети постепенно становились более доступными контакту со взрослыми и лучше уживались в детском коллективе. В большинстве случаев исчезали или ослабевали признаки повышенной сексуальности, стремление к онанизму; дети становились более сдержанными, спокойными. В связи с этим их работоспособность и школьная успеваемость возрастали. У некоторых из них в дальнейшем по ходу лечения (в конце 2-й или 3-й недели) отмечались обострения: дети вновь становились двигательно-беспокойными, раздражительными, плаксивыми, капризными. Такое состояние продолжалось несколько дней; в дальнейшем обычно вновь наступало успокоение. Однако стойкость полученного терапевтического эффекта была не во всех случаях одинаковой. При благоприятной обстановке в семье, при возможности продолжать лечение «поддерживающими» дозами в домашних условиях дети продолжали школьные занятия и относительно более правильно вели себя дома и в школе. При неблагоприятных условиях, при отсутствии условий для продолжения лечения дома очень быстро наступали рецидивы.

Из полученных данных о терапевтическом эффекте можно сделать предварительный вывод, что лечение аминазином обогащает детскую клинику. Ряд болезненных невротических и психопатических состояний, плохо поддававшихся другим медикаментозным средствам, уступает лечению аминазином. Таковыми являются прежде всего состояния чрезмерной подвижности, страха, навязчивых состояний, неодолимых импульсивных влечений. Однако важно подчеркнуть, что при лечении пограничных форм аминазинотерапия является лишь одним из звеньев в комплексе лечебных средств. Это подготовительная фаза для последующей психотерапии и лечебно-педагогического воздействия на ребенка.

Лечебная педагогика

Лечебная педагогика является сравнительно молодой дисциплиной. До настоящего времени в этой области очень мало обобщающих исследований. Наиболее подробно разработана та часть лечебной педагогики, где излагаются ортопедические приемы обучения детей, страдающих врожденной умственной отсталостью.

Несмотря на то, что в области коррекции неправильного поведения так называемых трудных детей работало много талантливых педагогов, добившихся больших успехов в своей работе, научное обобщение этого опыта

еще отсутствует. Имеются лишь отдельные положения в различных руководствах по детской психопатологии (Гомбургер, Гелер, Шольц, Штромайер, Трамер и др.).

В отечественной литературе также имеются отдельные высказывания по вопросам лечебной педагогики психопатии (О. Б. Фельцман, В. П. Кащенко и др.). Более систематическое исследование в области лечебной педагогики психопатий принадлежит Л. С Юсевич. Эти исследования, проведенные в Московской психоневрологической школе-санатории (при участии педагогов М. В. Орловой, А. И. Травиновой, А. Ф. Воронецкой), и были положены в основу настоящей лекции по лечебной педагогике психопатии.

Цель лечебной педагогики — корригировать основные недочеты аномальной дисгармонически развивающейся личности путем систематической учебно-воспитательной работы с ребенком. Приемы лечебно-педагогического воздействия на ребенка очень разнообразны, так же как различны те болезненные механизмы, которые лежат в основе дефектов личности, ее недостаточной работоспособности и неумении приспособиться к окружающей среде. В зависимости от типа психопатии, степени выраженности патологических проявлений пути лечебно-педагогического воздействия неодинаковы. Поэтому в каждом конкретном случае педагог и врач должны выявить основные индивидуальные особенности ребенка. Однако наряду с этим имеется и ряд общих принципиальных положений, необходимых для всякой лечебно-педагогической работы.

Таким образом, содержание раздела лечебной педагогики психопатических личностей состоит из двух частей. Первая, общая, часть рассматривает основные принципы построения и организации лечебно-педагогической работы; вторая, специальная, часть указывает пути и методы коррекции отдельных форм психопатии.

Общие принципы, лежащие в основе лечебной педагогики, одинаковы с теми, на которых строится и общая педагогика. Разница лишь в том, что у нормальных детей нужно воспитывать правильную социальную и трудовую установку, сообщать им определенные знания и навыки, а у психопатических детей нужно корригировать патологические особенности, связанные с неполноценностью их нервной системы, и переделывать их неправильные установки и формы поведения, созданные неблагоприятными условиями, в которых протекало их развитие.

Несмотря на большое разнообразие клинических картин психопатии у детей при сравнительном их изучении можно выявить некоторые наиболее частые и свойственные большинству психопатических форм особенности: 1) психомоторная перевозбужденность и повышенная возбудимость; 2) эгоистичность и слабость навыков, необходимых для жизни в коллективе; 3) пониженная работоспособность, а иногда и отрицательное отношение к систематическому труду и учению.

Эти особенности определяют целевую установку лечебно-педагогического процесса и указывают основные линии корригирующих мероприятий.

Основным фактором, ведущим к снижению психомоторного перевозбуждения и повышенной нервно-психической возбудимости, наряду с чисто медицинскими мероприятиями (физиотерапия, медикаментозное лечение) является четкий и неуклонно соблюдаемый режим, построенный на правильном чередовании труда и отдыха. Точное, ритмическое повторение одних и тех же процессов организует условнорефлекторную деятельность нервной системы, способствует выработке определенного динамического стереотипа, что в свою очередь важно для гармонизации и успокоения перевозбужденной психической деятельности ребенка.

В связи с недостаточностью трудовых и социальных навыков большинство таких детей не умеет самостоятельно организовать свое время. Поэтому в режиме учреждений для нервных и психопатических детей не должно быть так называемых свободных часов, а все время нужно заполнять определенной, заранее намеченной работой или играми (чтение, занятия в кружках, спорт и т. п.).

Являясь одним из основных оздоровительных мероприятий, режим учреждения в то же время служит обязательным условием для проведения главной лечебно-педагогической задачи — коррекции неправильной социальной и трудовой установки детей и выработки соответствующих навыков.

Учитывая пониженную работоспособность, отсутствие выдержки, нетерпеливость, недостаточность внимания и систематического мышления, педагог в процессе учебных занятий последовательно использует различные методические приемы и формы работы, тщательно соразмеряя темп прохождения учебного материала и его сложность с работоспособностью каждой учебной группы. Так, на первых порах, когда психомоторная перевозбужденность и дефекты внимания выражены наиболее резко, когда учащиеся еще не умеют ни выслушать объяснение задания, ни выполнить его самостоятельно, основным приемом является краткая и точная инструктивная беседа, разъясняющая столь же краткое и четкое задание. В дальнейшем, по мере коррекции указанных недочетов и укрепления организованности школьной группы, становится возможным переход к самостоятельному выполнению заданий, более сложных и длительных, и к проработке тем, рассчитанных на сравнительно большие сроки (на неделю, месяц), уже не строго регламентированных, а допускающих проявление инициативы учеников.

Нетерпеливых, невнимательных, непоседливых и возбудимых детей с психопатическими особенностями обычно мало привлекает чисто интеллектуальная деятельность. Поэтому

хорошим стимулом, повышающим их интерес к учению, служит разнообразие и разносторонняя проработка предлагаемого задания, а также включение моментов эмоциональных (художественное оформление итогов) и двигательных (измерение, взвешивание, изготовление наглядных пособий и т. п.) компонентов.

Большое значение для воспитания социальных навыков имеет организация коллективных форм деятельности детей. В классных занятиях такой формой являются сначала маленькие бригады (2—3 человека), выполняющие отдельные небольшие задания, а затем более крупные бригады (8—10 человек), объединяющиеся на больший срок для более сложных работ. В организационной работе это специальные группы с регулярными дежурствами: санитарная, хозяйственная и др., в общественной жизни учреждения — группы детского самоуправления и звенья пионерского отряда.

Только при очень планомерном и постепенном переводе возбудимого и необузданного или замкнутого, отгороженного ребенка из маленьких кратковременных группировок в более крупные и длительные объединения педагогу удается воспитать у него необходимую саморегуляцию поведения и создать сознательную, прочную социальную установку.

Одной из очень частых особенностей неправильного поведения психопатического ребенка является его склонность к разрушению вещей. Еще в дошкольном возрасте он ломает игрушки, позже — портит учебные пособия, рвет книги, одежду и т. п. Эта черта связана не только с его повышенной возбудимостью, но подчас служит выражением и его негативизма одной из форм протеста против старших. Кроме того, не владея навыками, необходимыми в творческой, конструктивной деятельности, столь типичной для нормального ребенка, он не может получать удовольствие от создания вещей, а находит его в их разрушении.

Коррекция этой особенности и замена ее творческой установкой представляют еще одну сложную лечебно-педагогическую задачу. В этом плане исключительно большое значение имеют все виды ручного труда, будь это работа в мастерской, в огороде или в техническом кружке. Сравнительно быстрое и ощутимое продвижение в приобретении новых навыков, наглядность результатов работы, возможность их непосредственного использования — все это служит хорошими стимулами, помогает овладевать необходимыми навыками, а затем и пережить, иногда впервые, радость созидания. Здесь же в мастерской или в техническом кружке такой ребенок снова и снова убеждается в превосходстве работы «вместе», так как самые интересные и сложные задания, непосильные для одного, оказываются доступными для группы дружных ребят.

Мы изложили общие принципы и методы, необходимые для коррекции тех патологических проявлений, которые встречаются наиболее часто и свойственны большинству детей с психопатическими особенностями. Однако различные группы детских психопатий отличаются определенными и типичными для каждой из них особенностями. В соответствии с этими особенностями строятся и те специальные программы и методы, которые составляют содержание частной лечебной педагогики.

Построение каждого из ее разделов всегда основывается на учете трех моментов: 1) каковы основные нарушения в эмоционально-волевой и интеллектуальной деятельности данной группы психопатии, т. е. что́ подлежит коррекции; 2) каковы те положительные черты, на которых должны базироваться лечебно-педагогические мероприятия; 3) какие стимулирующие факторы могут быть наиболее эффективны в работе с данной группой. Последние два момента являются чрезвычайно важными и требуют особого внимания со стороны врачей и педагогов, так как коррекция патологических черт основывается не на «запретах» и «подавлении», а достигается путем формирования новых установок, интересов и навыков, которые могут быть созданы только на основе положительных эмоций.

Психопатологические особенности неустойчивых психопатических личностей первой группы были рассмотрены в лекции 15. Здесь мы только коротко напомним те черты, которые требуют коррекции: чрезмерная подвижность, жажда новых впечатлений, стремление только к удовольствиям и уклонение от всякой деятельности, которая требует труда и напряжения, слабость воли и связанная с этим недостаточная регуляция поведения. Их положительными чертами являются быстрый темп и живость психических процессов, выраженный, хотя и поверхностный, интерес ко всему окружающему, сообразительность, легкая контактность, незлобливость и отсутствие злопамятности.

В соответствии с этим хорошим стимулом в их учебе является разнообразие учебного материала и приемов его проработки, включение в занятия эмоционального компонента. Конкретность каждого задания, точность его формулировки, оснащенность занятий необходимыми пособиями — все это облегчает учебу и вызывает положительные эмоции, т. е. стимул, наиболее эффективный для личности данной группы.

Для коррекции их двигательной перевозбужденности следует широко использовать занятия по ритмике и гимнастике, которые, удовлетворяя потребность в движении, в то же время реорганизуют беспорядочную и бесцельную двигательную продукцию в целевые, координированные, хорошо отработанные движения. Особенно важна в этом отношении

работа в мастерской, где имеются наиболее благоприятные условия для преобразования чрезмерной подвижности в целенаправленную деятельность.

Тщательная дозировка заданий, постепенный переход от коротких и несложных к более длительным и трудным, неуклонный контроль и требование обязательного завершения каждой работы являются основными методами коррекции неустойчивости и выработки трудовых навыков.

Такая же постепенность и систематичность необходимы для создания правильной социальной установки и развития навыков, необходимых для приспособления к требованиям организованного детского коллектива.

Общительные и доверчивые, легко контактирующие, податливые всем внешним влиянием неустойчивые личности очень легко сближаются со своими сверстниками и на первых порах даже могут завоевать некоторый авторитет и симпатии. Однако вскоре в связи с их легкомыслием, отсутствием чувства ответственности, крайней недисциплинированностью отношение товарищей к ним становится пренебрежительным и неприязненным.

Для создания правильной установки и формирования необходимых навыков неустойчивые личности должны привлекаться к участию во всех формах общественной работы, начиная, конечно, с самых несложных: дежурство по классу (сначала однодневное, а потом и более продолжительное), участие в различных общественных организациях и комиссиях детского самоуправления. Только значительно позже им можно поручать работу вожатого звена или ответственного по учебной бригаде, требующую достаточной организованности и выдержки. Строгий, постоянный контроль их деятельности осуществляется двумя путями: детскими собраниями, на которых они отчитываются; врачом и педагогом, которые в индивидуальных беседах анализируют причины их неудач и положительных достижений и намечают дальнейшие конкретные задания.

Только длительной и систематической лечебно-педагогической работой удается добиться того, что удовольствие перестает быть единственным стимулом деятельности неустойчивой личности и заменяется чувством удовлетворения от участия в общей творческой работе и близости к коллективу.

Хотя по своему поведению органические психопатии типа «бестормозных» в известной мере сходны с неустойчивыми, все же у них имеются и значительные отличия. Их чрезмерная подвижность обусловлена прямой двигательной расторможенностью — следствием перенесенного в прошлом органического поражения мозга. Дефекты внимания, непоследовательность и недостаточная целенаправленность мышления, поверхностность суждений, основанных преимущественно

на случайных признаках, - все это у них выражено гораздо сильнее, чем у неустойчивых. В соответствии с этим лечебно-педагогическая работа с этими детьми должна быть видоизменена.

Используя в работе такие стимулы, как конкретность содержания задания и наглядность учебного материала, педагог в то же время должен обратить особое внимание на повторение, на прямую тренировку навыков. Если неустойчивых обычно помещают в классе на первые парты, чтобы они имели перед глазами меньше отвлекающих внимание раздражителей, то «бестормозных» часто приходится усаживать непосредственно за стол преподавателя или за отдельный столик спиной к классу, чтобы не только максимально ограничить количество отвлекающих моментов, но и обеспечить непрерывное наблюдение педагога.

Часто приходится начинать их коррекцию с работы в мастерской и отводить такой работе дополнительные часы, так как при этом удовлетворяется их потребность в движении и, что особенно важно, осуществляется тренировка в выработке целевых действий.

Во всех лечебно-педагогических мероприятиях чрезвычайно большое внимание должно уделяться систематической тренировке, тщательной проработке каждого навыка, развитию способности затормаживать избыточные двигательные импульсы. Для этой цели необходимо также использовать занятия ритмикой, гимнастикой и спортом.

Приобщение «бестормозных» к жизни детского коллектива, развитие необходимой регуляции поведения дается с большим трудом, так как их эмоциональность в отличие от неустойчивых личностей не только поверхностна, но и явно недостаточна. Если неустойчивые личности быстро забывают обиду, то «бестормозные» часто вообще не обижаются, так как они слабо реагируют на отношение к ним окружающих, а также на похвалу и порицание. Поэтому обсуждение их поведения в детских организациях обычно не дает результатов. Гораздо большее влияние оказывают систематические беседы врача и педагога, в которых рассматриваются их достижения и проступки и намечаются пути исправления.

Включение таких детей в жизнь и деятельность детского коллектива не только начинается с отдельных кратковременных поручений, но в течение долгого времени не выходит за их пределы. Это объясняется тем, что резко выраженная дезорганизованность таких детей требует длительного срока для коррекции, а стремление завоевать признание коллектива и заслужить его положительную оценку не является для них действенным стимулом.

По своим психопатологическим особенностям эксплозивные психопатические личности представляют как бы антиподов неустойчивых и «бестормозных»: они малоподатливы

внешним влияниям и отличаются целеустремленностью и большой настойчивостью в осуществлении своих желаний. Однако эти сами по себе положительные черты обнаруживаются только тогда, когда речь идет об их нуждах, удобствах и удовлетворении примитивных потребностей, часто весьма интенсивных в связи с повышенными влечениями.

Требовательные, стеничные и упрямые, они отвечают на любой отказ и противоречие эксплозивными реакциями: аффективными взрывами, нередко безудержной агрессией. Поэтому в течение первого времени их пребывания в санатории основной задачей является снижение их резко повышенной возбудимости и взрывчатости. Для этой цели их следует задержать на более или менее длительный срок в приемном отделении, в обстановке которого наиболее удобно проводить необходимое медикаментозное и физиотерапевтическое лечение и психотерапевтические беседы. Пребывание в лечебном отделении обычно им очень импонирует. Расценивая его как особо внимательное отношение к их здоровью (о котором по свойственной им ипохондричности они очень заботятся), такие дети легче вступают в контакт с врачом. Кроме того, некоторая изоляция их от других детей дает возможность предупреждать конфликты, а также позволяет педагогу постепенно включать их в детский коллектив. Так, сначала им разрешается только принимать участие в общей прогулке, затем ходить на работу в мастерскую, на занятия по ритмике и т. д.

Первоочередной задачей лечебно-педагогической работы с эксплозивными личностями является коррекция их отношения к окружающим, так как эгоизм и эксплозивность часто делают их совершенно нетерпимыми в детском учреждении. На первых порах, когда детский коллектив еще недостаточно организован, личности такого типа нередко занимают позицию вожаков. Импонируя сверстникам своей самоуверенностью и подчиняя их своему влиянию всеми способами (вплоть до запугивания и насилия), они иногда выдвигаются на посты организаторов и руководителей. Однако их несправедливость, грубость, использование своего положения в личных целях довольно скоро вызывают всеобщее неудовольствие, которое проявляется во время отчетных детских собраний. Такое разоблачение может быть причиной очень трудных ситуаций в жизни учреждения. Напористые и самолюбивые, они не легко отказываются от занимаемых позиций и могут организовать группировку своих сторонников, поддерживающую их притязания и дезорганизующую жизнь санатория. Учитывая такие возможности, педагог должен всячески стараться не допускать их продвижения в руководители. При этом, однако, нельзя прибегать к прямым запретам, так как это может создать им репутацию «обиженных» и вызвать сочувствие

товарищей, а их отрицательные стороны останутся неразоблаченными. Наиболее «дипломатичным» приемом в таких случаях является ссылка на их здоровье, не позволяющее им нести большую общественную нагрузку.

Основным содержанием бесед с эксплозивными подростками на первых порах должно быть разъяснение им тех практических преимуществ, которые дают хорошие взаимоотношения с товарищами: нужно жить дружно с ребятами, потому что одному играть во что-нибудь нельзя, а без игры скучно; работать в мастерской и учиться вместе с товарищами легче, так как есть кому помочь, а если ты не поможешь, то и тебе помогать не станут.

Такого рода чисто утилитарные доказательства невыгодности позиции «одного против всех» оказываются наиболее убедительными и заставляют их признать необходимость ограничивать свои желания и приспособляться к требованиям жизни в коллективе.

В таком же направлении следует вести и беседы о важности выполнения режима, принятого в санатории. При этом нужно использовать их часто преувеличенную заботу о своем здоровье, убеждать их в том, что, только выполняя точно установленный распорядок дня, принимая назначенные лекарства и процедуры, они избавятся от своего недомогания (которое они часто преувеличивают) и станут крепкими и сильными (к чему они очень стремятся).

По мере того как растет сплоченность детского коллектива, эгоистические требования эксплозивных и их притязания на ведущие роли получают отпор. Они на практике убеждаются в том, что добиться признания путем насилия невозможно. С этого момента начинается следующий этап лечебно-педагогической работы — разъяснение тех положительных моментов и той пользы, которую им принесет их активное участие в организационной и общественной работе коллектива. Поручая им, например, дежурство по хранению и выдаче спортивного инвентаря, инструментов или по санитарному надзору, т. е. работу, непосредственные результаты которой сейчас же сказываются и оцениваются товарищами, педагог дает им возможность пережить чувство удовлетворения от своей полезной деятельности и указывает новый, социально положительный путь самоутверждения.

Склонность к практической, конкретной работе, выполняемой по определенному регламенту, известная настойчивость, помогают легко выполнять порученные им обязанности, а полученная на общем собрании похвала оказывается новым, прежде для них недоступным, стимулом деятельности. Так очень медленно, часто нарушаясь срывами, связанными с их возбудимостью и эксплозивностью, совершается приобщение эксплозивных личностей к коллективу, освоение навыков, не-

обходимых для совместной жизни с другими людьми, и, что самое главное, замена прежних стимулов поведения новыми — социально-положительными.

Ограниченность интересов узким кругом эгоистических побуждений отрицательно сказывается и на школьных занятиях, и на работе в мастерской. Все, что не имеет непосредственного отношения к их потребностям, бытовому благополучию и примитивным удовольствиям, не привлекает их внимания. Для коррекции этого приходится начинать с разъяснения тех практических преимуществ, которые даются учебой и усвоением трудовых навыков.

Легче всего это достигается во время работы в мастерской. Сравнительно хорошая моторика (кроме тонких и точных движений кисти и пальцев), физическая выносливость и известная настойчивость облегчают овладение навыками ручного труда, а наглядность его результатов стимулирует усилия. При этом уже на первых порах обнаруживается совершенно различное отношение к работе «для себя» и для коллектива. Изготовляя вещи для себя, они достаточно настойчивы и нередко очень тщательны в выполнении. Предметы, предназначенные для других, обычно делаются медленно и небрежно. Такое отношение изменяется очень медленно и постепенно, и только после долгой работы с ними общественная полезность изготовляемой вещи и оценка их труда коллективом приобретают значение положительных стимулов.

Преодоление их отрицательного отношения к учению представляет еще более трудную задачу. Если сравнительно устойчивое внимание и известная усидчивость являются хорошими предпосылками, то нередко наблюдаемая недостаточность памяти и некоторая замедленность интеллектуальных процессов часто затрудняют учение. Все же главным препятствием является ограниченность их интересов. Их отношение к занятиям определяется узко утилитарным подходом: они согласны учиться читать, писать и считать, так как эти знания нужны на каждом шагу; все же остальные знания «лишние», от них «нет пользы». Некоторая недостаточность памяти, трудность обобщения и абстракции, замедленность интеллектуальных процессов, иногда и повышенная утомляемость при интеллектуальном напряжении затрудняют их учебу, а положение отстающего в группе травмирует их самолюбие. Все это вызывает раздражение, срывы в работе и усиливает их протест против школьных занятий.

Для преодоления этих моментов необходима очень тщательная и продуманная организация их обучения. Конкретность и четкость каждого задания, широкое использование наглядных пособий, медленное и очень постепенное усложнение заданий, включение в бригаду с медленным темпом ра-

боты — вот методические приемы, которые помогают в работе с ними.

При этом, как и в других областях, разъяснение практической важности приобретаемых знаний повышает интерес к учебе и может их стимулировать.

Необходимо отметить, что в лечебно-педагогической работе с эксплозивными нужно учитывать их «плохие дни», т. е. дисфорические состояния, которые у них наблюдаются чаще, чем у психопатических личностей другого типа. Во время дисфорий они становятся особенно раздражительными, взрывчатыми, их работоспособность резко снижается. Так как в основе дисфорий лежат определенные нарушения деятельности нервной системы и всего организма, требующие специального режима и лечения, то детей, находящихся в таком состоянии, следует освобождать от занятий либо поручать им легкий физический труд, связанный с пребыванием на воздухе, либо укладывать их в постель для проведения ряда лечебных мероприятий.

При всем разнообразии клинической картины три особенности являются общими для всех аутичных личностей: 1) дефекты моторики (плохо координированные, угловатые, неритмичные движения); 2) склонность к абстрактному мышлению, порой близкому к резонерству; 3) своеобразие эмоциональной сферы (у одних лиц сензитивность и ранимость, у других — холодность и скудость эмоций, но всегда малая контактность, слабый аффективный резонанс, являющиеся одной из причин их отгороженности от детского коллектива).

Одной из основных задач лечебно-педагогической работы с аутичными личностями является коррекция их моторики, так как двигательная недостаточность существенным образом влияет на все области их деятельности. Неловкие и неуклюжие, часто медлительные и слабосильные аутичные дети не могут принимать участия ни в подвижных играх, ни в спортивных состязаниях, ни в технических кружках. Поэтому они часто оказываются вне коллектива сверстников, так как основная база, на которой создается контакт детей и подростков,— это совместная деятельность в действиях, а не в разговорах и рассуждениях. В коррекции моторики аутичных личностей очень большое значение имеют занятия ритмикой, гимнастикой, спортом, ручным трудом, т. е. все то, что способствует развитию двигательной деятельности. Особого внимания требует так называемая отработка самых простых бытовых навыков, так как они обычно очень медленно и небрежно одеваются, не умеют пользоваться ножом и вилкой, опрятно есть и т. д. Занятия по освоению этих навыков, а также гимнастические и ритмические упражнения с ними часто, особенно в первое время их пребывания в санатории, приходится проводить индивидуально, ибо в общей группе такие

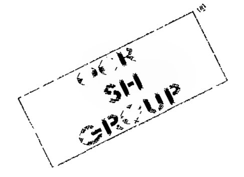
дети выделяются своей неуклюжестью и карикатурностью движений.

В учебных занятиях этим детям очень помогает хороший интеллект; они не только легко усваивают программный материал, но сама по себе познавательная деятельность привлекает их интерес, доставляет им удовольствие и является для них положительным стимулом. Однако и в школьных занятиях у них возникает ряд затруднений: они плохо овладевают навыками письма, неловки и малонаходчивы в лабораторных занятиях, требующих практической сметки и навыков. Кроме того, легко овладев «идеей» опыта, проводимого на уроке естествознания, или найдя правильный путь решения задачи, эти дети уже теряют к ней интерес и тяготятся необходимостью ее реального действенного завершения, ввиду чего их задания часто остаются незаконченными. Поэтому в проработку каждого задания нужно включать больше конкретных действий (зарисовывание, раскрашивание, измерение, клейку и т. п.) и неуклонно следить за тем, чтобы все доводилось до конца.

Серьезной помехой в занятиях является часто наблюдаемое у *таких детей неустойчивое внимание*. При этом оно, как правило, отвлекается не тем, что происходит вокруг них, а поглощается их внутренней жизнью — их мыслями и фантазиями. Поэтому коррекция внимания в таких случаях не может быть достигнута мероприятиями внешнего порядка — устранением внешних раздражителей, а удается лишь путем постоянного контроля со стороны педагога и главное путем повышения интереса к занятиям.

Двигательная недостаточность, практическая беспомощность, неловкость рук все это затрудняет работу таких детей в мастерской. К тому же изготовление простых вещей — полочек, рамок, ящиков и т. п. — им неинтересно, а построить сложный аппарат, «машину», они, конечно, не могут. Поэтому они оказываются часто в числе тех очень редких учащихся, которые неохотно посещают занятия по ручному труду. Между тем именно для них занятия в мастерской имеют особенно важное значение, так как здесь они не только развивают свою дефектную моторику, но и познают жизненную важность «умений», а не «рассуждений», которыми обычно исчерпывается вся их деятельность. Медлительность, неловкость и беспомощность в работе не позволяют на первых порах включать их в рабочие группы, так как другие дети не хотят с ними работать. Поэтому сначала приходится вести с ними индивидуальные занятия, видоизменяя общую программу применительно к их особенностям: постепенно увеличивать сложность и длительность отдельных заданий, подолгу останавливаться на отработке каждого навыка, придумывая различные способы оформления таких тренировочных занятий. Двигательная

недостаточность и слабость эмоционального контакта являются существенными препятствиями для сближения аутичных личностей с детским коллективом. Их своеобразные интересы, часто чуждые и непонятные сверстникам, нередко причудливая, вычурная речь вызывают недоумение, подчас и насмешки детей: «чудак» — вот прозвище, которым их часто наделяют. Однако с течением времени, по мере того как детский коллектив организуется, сплачивается и в нем появляется «общественное мнение», положительные черты аутичных личностей постепенно завоевывают признание. Логичность их доводов, справедливость и принципиальность обнаруживаются при обсуждении вопросов на детских общих собраниях и создают им известный авторитет. Положительную оценку получает также их значительный запас знаний в некоторых областях, их начитанность и способность излагать содержание прочитанных книг, благодаря чему они становятся общепризнанными «рассказчиками». Именно эти их особенности следует использовать для коррекции их отгороженности от детского коллектива. Поручая им работу библиотекарей, сотрудников стенных газет, секретарей детских организаций, педагог намечает путь к их сближению с товарищами и постепенно заменяет их абстрактные, оторванные от жизни планы-фантазии реальной общественной деятельностью, связывающей их со всем коллективом. Завоевывая сначала признание товарищей как «специалисты» в той или иной области, они постепенно занимают и более ответственные «посты», становятся ответственными по группе, вожатыми звеньев и т. п. Конечно, продвижение это происходит далеко не всегда гладко, у них возникают недоразумения и конфликты. Поэтому педагогу приходится очень пристально следить за ними, приходя в нужную минуту на помощь. Чрезвычайно эффективными в работе с ними оказываются беседы, проводимые в серьезном, «взрослом» тоне, логически анализирующие причины их успехов и промахов. В отличие от психопатий других групп для аутичных личностей наиболее убедительными и вескими доводами, наиболее действенными стимулами являются критерии «разумности» или «неразумности» и этическая оценка их поступков.



ЛИТЕРАТУРА

А н о х и н П. К. Опыт физиологического анализа генеза невротических состояний. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956.

Б л е й Е. А. Острые реактивные состояния в младенческом возрасте. Советская психоневрология, 1935, № 3.

Б л е й Е. А. Психогении в раннем детском возрасте. Невропатология и психиатрия, 1940, № 12.

Б л у м е н а у Л. В. Истерия и ее патогенез. Л., 1926.

Б у н е е в А. Н. Психогении военного времени. В сб.: Проблемы судебной психиатрии, 1948, № 5.

В и н о к у р о в а А. И. Элементарная реакция испуга в связи с землетрясением. Сборник по психоневрологии, посвященный А. И. Ющенко. Ростов-на-Дону, 1928.

Г а л а ц к а я С. З. Так называемые органические психопатии у детей раннего возраста. Советская педиатрия, 1934, № 5.

Г а н н у ш к и н П. Б. Клиника психопатий. М., 1933.

Г е й е р Т. А. К сомато-биологическому обоснованию психопатии. Невропатология и психиатрия, 1930, № 4.

Г е л и н а Л. И. Психотерапия и гипноз в практике детского отделения психоневрологической больницы. В сб.: Учение И. П. Павлова в лечебной практике психоневрологической больницы. М., 1954.

Г и л я р о в с к и й В. А. Психиатрия. Медгиз, 1955.

Г и л я р о в с к и й В. А. К вопросу о генезе заикания у маленьких детей и роли его для общего развития личности. Советская невропатология, психиатрия и психогигиена, 1932, № 9—10.

Г и н з б у р г Е. Я. и М е с с е л ь Д. В. Физиотерапия и физиопрофилактика детских болезней. Медгиз, 1955.

Г р и н е р В. А. Логопедическая ритмика для дошкольников. Учпедгиз, 1958.

Г у р е в и ч М. О. Психопатология детского возраста. М., 1932.

Г у р е в и ч М. О. О малой психиатрии, ее достижениях и ошибках. В сб.: 50 лет психиатрической клиники имени С. С. Корсакова. М., 1940.

Д а й х е с М. Т. Профилактика и лечение расстройств питания у детей. Госмедиздат Украины, Киев, 1957.

Ж и с л и н С. Г. Об острых параноидах. М., 1940.

И в а н о в-С м о л е н с к и й А. Г. Очерки патологии высшей нервной деятельности. М., 1949.

И в а н о в Н. В. К вопросу об особенностях психотерапии в детском возрасте. В сб.: Вопросы детской психоневрологии. М., 1958.

И ж б о л д и н а О. Ф. Катамнез невропатических состояний в детском возрасте. В сб.: Вопросы детской психиатрии. М, 1940.

К а н д и н с к и й В. Х. К вопросу о вменяемости. М., 1890.

К е р б и к о в О. В. Лекции по психиатрии. Медгиз, М., 1955

К е р б и к о в О. В. Проблема психопатии в историческом освещении. Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова, 1958, № 8, 9 и 10.

Корсаков С. С. Курс психиатрии. М., 1901.
Коссая И. Д. О патологическом формировании личности в связи с психической травматизацией. В сб.: Вопросы психиатрии. М., 1956.
Красногорский Н. И. Труды по изучению высшей нервной деятельности. М., 1951.
Краснушкин Е. К. Психогении военного времени. В сб.: Нервные и психические заболевания военного времени. М., 1948.
Кудрявцева В. П. К вопросу о так называемых «психопатоподобных состояниях» в преддошкольном периоде. Невропатология и психиатрия, 1938, № 1.
Мельникова А. Ф. К вопросу о синдроме психофизического инфантилизма в дошкольном возрасте. В сб.: Вопросы психоневрологии детей и подростков. Т. III. М.—Л., 1936.
Мнухин С. С. О невро-психопатических изменениях личности на почве тяжелых форм алиментарного истощения у детей. Невропатология и психиатрия, 1947, № 6.
Мухин В. М. К методике лечения ночного недержания мочи. Невропатология и психиатрия, 1950, № 3.
Мясищев В. Н. Личность ребенка-невротика. Сб.: Дети психоневротики и учебно-воспитательная работа с ними. М.—Л., 1934.
Мясищев В. Н. Психогении и психотерапия. В сб.: Научная деятельность Психо-неврологического института имени Бехтерева за 1946 г. Л., 1947.
Мясищев В. Н. Актуальные проблемы патогенеза неврозов и борьба с ними. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956.
Новлянская К. А. К проблеме физиогенного и психогенного в картине истерии. Невропатология и психиатрия, 1936, № 11.
Озерецкий Н. И. О патологическом развитии и психопатиях в детском возрасте. Учпедгиз, 1934.
Озерецкий Н. И. К вопросу о классификации неврозов у детей. Учпедгиз, 1934.
Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста. Учпедгиз, 1938.
Осипова Е. А. К вопросу о синдроме нервного истощения в детском возрасте. В сб.: Вопросы психоневрологии детей и подростков. М., 1934, стр. 118—130.
Осипова Е. А. К вопросу о сужении группы конституциональных психопатий. Сб.: Вопросы детской психиатрии. М., 1940.
Осипова Е. А. и Ижболдина О. Ф. Врожденные невропатические состояния в детском возрасте. В сб.: Вопросы психоневрологии детей и подростков. М., 1934, т. 2.
Осипов В. П. Руководство по психиатрии. Госиздат, 1931.
Павлов И. П. Проба физиологического понимания истерии. М.—Л., 1932
Павлов И. П. Полное собрание трудов. Изд. АН СССР, 1954.
Певзнер М. С. Клиника психопатий в детском возрасте. Учпедгиз, 1941.
Перельман А. А. К клинической типологии психопатических состояний. Невропатология и психиатрия, 1942, № 3.
Петрова М. К. Новейшие данные о механизме действия солей брома на высшую нервную деятельность. Изд. ВИЭМ, 1935.
Пивоварова Г. Н. и Симсон Т. П. Неврозы детского и подросткового возраста. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956.
Платонов К. И. К вопросу о профилактике неврозов. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956.
Плотичер А. И. Острые психогенные реакции у детей. Сб.: Труды I Всеукраинского съезда невропатологов и психиатров. Харьков, 1935.
Плотичер А. И., Езерский Я. М., Фурманов А. М. и др. Клиника и психофизиология невропсихического травматизма у детей. Сб.: Труды I Всеукраинского съезда невропатологов и психиатров. Харьков, 1935.

Плотичер А. И и Фурманов А. М. Влияние эмоциональной травмы на высшие психические процессы у детей. Советская педиатрия, 1936, № 8.

Попов Е. А. Очерки психогений и неврозов военного времени. В сб.: Травматические поражения центральной и периферической нервной системы. Харьков, 1945.

Попов Е. А. Некоторые патофизиологические основы характера психастеника. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956.

Попов Е. А. и Бриль П. Д. «Чрезмерно живые» дети. Советская психоневрология, 1934, № 1.

Портнов А. А. и Федотов Д. Д. Неврозы, реактивные психозы и психопатии. М., 1957.

Рау Е. Ф. О заикании детей дошкольного возраста. Медгиз, 1959.

Рохлин Л. Л. Ипохондрические состояния при неврозах. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956.

Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1948.

Симсон Т. П. Влияние возрастных особенностей на структуру и течение реактивных состояний военного времени. Невропатология и психиатрия, 1945, № 6.

Симсон Т. П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. М., Медгиз, 1958.

Сканави Е. Е. К генезу и клинике навязчивых состояний у детей. В сб.: Вопросы психоневрологии у детей и подростков. Медгиз, М., 1934.

Сканави Е. Е. К генезу истерических реакций у детей и подростков. В сб.: Вопросы психоневрологии детей и подростков. Медгиз, М., 1934.

Сканави Е. Е. Ипохондрические состояния у детей и подростков. В сб.: Вопросы детской психиатрии. М., 1940.

Сканави Е. Е. Реактивные состояния военного времени в подростковом возрасте. В сб.: Проблемы психиатрии военного времени. М., 1945.

Сканави Е. Е. Острые реактивные параноиды в военное время у детей и подростков. В сб.: Проблемы клиники и терапии психических заболеваний. М., 1946

Соловьева М. В. Значение острой психической травмы в отклонениях нервно-психической сферы. Невропатология, психиатрия и психогигиена, 1935, № 3, т. 4.

Соловьева З. А. К вопросу о негативной фазе развития в пубертатном возрасте. В сб.: Вопросы психоневрологии детей и подростков. Т. III. М., 1936.

Сухарева Г. Е. Современное состояние вопроса о детской нервности. В сб.: Вопросы психоневрологии детей и подростков. М., 1934.

Сухарева Г. Е. Психогенный тип реакции военного времени. Невропатология и психиатрия, 1943, № 2.

Сухарева Г. Е. Психогенный тип реакции с депрессивно-бредовым синдромом. В сб.: Проблемы психиатрии военного времени. М., 1945.

Сухарева Г. Е. Клинические закономерности возникновения и развития психогении. Труды Центрального института психиатрии. М., 1948.

Сухарева Г. Е. Учение о реактивных состояниях в свете данных военно-психиатрического опыта. В сб.: Проблемы клиники и терапии психических заболеваний. М., 1949.

Татаренко И. П. Некоторые вопросы клиники и патофизиологии состояния навязчивости. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956.

Тяпугин Н. П. Заикание. Медгиз, 1952.

Флоренская Ю. А. Клиника и терапия нарушения речи. Медгиз, 1950.

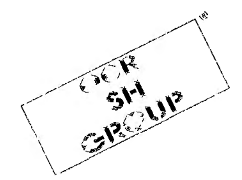
Фурст Дж. Б. Невротик, его среда и внутренний мир. М., 1957.

Фрейеров О. Е. К вопросу о клинической сущности и принципах отграничения психопатий. Невропатология и психиатрия, 1952, № 12.

Эйнгорн Д. Л. К вопросу об истерических реакциях у подростков и их терапия. В сб.: Вопросы детской психиатрии. М., 1940.

Юсевич Л. С. Подростки псевдологи. В сб.: Психопатии, их судебно-психиатрическое значение. М., 1934.
Яковлева-Шнирман Н. В. К вопросу о симптоматике реактивных состояний и патологического развития в школьном возрасте. Учпедгиз, М. – Л., 1934.
Abris J. L'instabilité psychomotorique chez l'enfant. Revue de neuropsychiatrie infantile, 1956, 11—12.
Anton G. Vier. Vorträge über Entwicklungsstörungen beim Kinde. Berlin, 1908.
Benjamin E. Grundlagen und Entwicklungsgeschichte der kindlichen Neurose. Leipzig, 1930.
Blanc M. et Laulan M. Intérêt du largactil chez les enfants instables. Revue de neuropsychiatrie infantile, 1957, 1—2.
Braun E. Psychogene Reaktionen. Handbuch der Geisteskrankheiten, hrsg. v. O. Bumke, Bd. V. Berlin, 1928.
Bruns L. Hysterie im Kindesalter. Halle-Marhold, 1906.
Cuvelier. Reaction d'opposition et reactions d'oppositions. Revue de neuropsychiatrie infantile, 1958, 3—4.
Decourt J. Die Anorexia nervosa. Dtsch. med. Wschr., 1953, 1619—1622.
Despert L. Children of Divorce Garden City, 1953, 4.
Dührssen A. Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Berlin, 1954.
Förster. Zur Systematik der Kindlichen Mutismus. Ztschr. f. Kinderforsch., 1956, 6.
Friedmann M. Beitrag zur Lehre von den affektiven Psychosen des Kindes. Monatschr. f. Psychiatr., 1909, 26, 36.
Gianova S. Nuova terapia dell enuresi infantile con antispasca e vitamina. Minerva pediatr., 1955, 17.
Friedjung J. Die Pathologie des einzigen Kindes. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderh., 1919, XVII.
Heuyer, Duranton, Narbouton, Dewulf. A propos de quelques observations d'un mécanisme simple des réactions d'oppositions. Revue de neuropsychiatrie infantile, 1958, 3—4.
Heuyer, Land, m-me Rivalle. Mutisme chez l'enfant. Revue de neuropsychiatrie infantile, 1956, 5—6.
Heuyer, Lelord, Laroche, Desmedt. A propos d'un cas de reaction d'opposition à l'apprentissage des notions scolaires. Revue de neuropsychiatrie infantile, 1958, 3—4.
Heller Th. Paedagogische Therapie. Berlin, 1914.
Homburger F. Psychopathologie des Kindesalter. Berlin, 1926.
Janet P. Les nervoses. Paris, 1910.
Jacob J. Dessins et peintures des alienés. Budapest, 1956.
Kanner L. Child psychiatry. Springfield, 1955.
Koch J. Die psychopatischen Minderwertigkeiten. Ravensburg, 1891.
Kraepelin E. Psychiatrie, 1915, 8 Auflage, Bd. 4.
Koupernik C. Crises d'angoisse chez l'enfant et EEG. Revue de neuropsychiatrie infantile, 1956, 7—8.
Lazar E. Medizinische Grundlagen der Heilpaedagogik. Wien, 1925.
Launay. Les phobies de l'école. Revue neuropsychiatrie infantile, 1957, 3—4.
Laurent L. Réactions d'opposition et psychanalyse. Revue de neuropsychiatrie infantile, 1958, 3—4.
Lyon E. Die psychopatische Grundlage zum Tic bei Kindern. Ztschr. f. Kinderforsch., 1923, 28, 64.
Lutz J. Psychiatrische Problemen im Kinderspital. Ann. Pediatrie, 1953, 4/5.
Mayer-Gross W., Slater E., Roth M. Clinical Psychiatry. London, 1955.

Michaux L., Gallot, Benoit. De la réduction alimentaire délibérée à l'anorexie intentinelle. Revue de neuropsychiatrie infantile, 1956, 6.
Michaux L., Duché D.-J., Flavigny H., Paillerets F. Faux retards intellectuels et scolaires par opposition. Revue de neuropsychiatrie infantile, 1958, 3—4.
Nissen. Tic und Altersdisposition bei Kindern. Ztschr. f. Kinderpsychiatr., 1956, 8.
Nobilie, Gianetto. Cerquetelli swilupii psicopatici. Roma, Abrizzino, 1955.
Rennert H. Das Wegnemem und Stehlen bei Kindern und Jugendlichen und die Kleptomanie. Psych., Neurol. u. Med. Psychol., 1957, 5.
Schneider K. Die psychopatischen Personlichkeiten. 4, Auflage, Wien, 1940.
Stockert F. G. Einführung in die Psychopatologie des Kindesalters. Berlin—München, 1949.
Strohmayer W. Die Psychopathologie des Kindesalters. München, 1923.
Stäubli-Frölich M. Probleme der Anorexia nervosa. Schweiz. med. Wschr., 1953, 35.
Scholz. Anomale Kinder. 3, Auflage, Berlin, 1922.
Tramer M. Lehrbuch der allgemeine. Kinderpsychiatrie. Basel, 1949.
Wieck Ch. Zur organischen Grund der Schwererziehbarkeit. Psychiatr., Neurol. u. Med. Psych., 1952, 4.
Walter K. Zur Psychopathologie der Pubertätsmagersucht. Arch. f. Psych., 1953, 3.
Winkler. Der Trotz. München, 1929.
Zappert J. Enuresis. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., 1920, 18.
Zausmer D. The Treatment of Tics in Childhood. Arch. Dis. Childhood, 1954, 29, 148.
Ziehen Th. Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin, 1915.



СОДЕРЖАНИЕ

Часть 2. Психопатии

